



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures, and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #08-142-OPE

(This Policy Bulletin Obsoletes PB #02-117-OPE, PB #03-21-OPE, PB #04-05-OPE, PB #04-154-OPE, PB #05-54-OPE, PB #06-03-OPE, PB #07-153-OPE, and PB #08-89-OPE)

REVISIONS TO THE APPLICATION/RECERTIFICATION KIT FORMS

Date: November 13, 2008	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center and Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Center staff of the revisions to some of the forms that are included in the Cash Assistance Application Kit, the Cash Assistance Recertification Kit, and/or the NCA FS Application/Recertification Kit.</p> <p>The following forms have been revised to reflect the Agency's most current terminology, formatting requirements, and logo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notice to All Applicants (EXP-75Q) • Notice to All Non Cash Assistance FS Applicants at POS Centers (EXP-75AA) • Recertification Absent Parent Questionnaire (M-384d) • Absent Parent Questionnaire (M-384k) • Your Interview with the Office of Child Support Enforcement (M-384t) • Child Care Guarantee Informational (M-528m) • Attention: Applicants/Participants (W-116U) • Important: Using Common Benefit Identification Cards (CBIC) for Medical Services (W-126E) • Cash Assistance Additional Allowances (W-137C) • Notice of Benefits and Services Available from the HIV/AIDS Services Administration (HASA) (W-139E) • Finger Imaging Notice (W-519) • Interpretation Services Notice for the Application/Recertification Kits (Insert) (W-515W) • Eligibility Verification Review Questionnaire (W-532T) • Language Questionnaire (W-680FF)

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

- Notice to Applicants/Participants (**W-904DD**)
- Essential Persons (**W-912KK**)

Additional revisions to form **M-384d**:

- The amount of the Child Support Bonus Payment has been changed from \$50.00 to \$100.00
- The Supervisor's signature has been removed from page 2

Additional revisions to form **M-384k**:

- The amount of the Child Support Bonus Payment has been changed from \$50.00 to \$100.00
- In the affirmation section on page 1, the reference to "Safety Net participant" category was removed

Additional revision to form **M-384t**:

- The LLF designation has been added

Additional revisions to form **M-528m**:

- The fields below the form's logo in the top right-hand corner have been deleted
- The LLF designation has been added
- The title has been changed from "Child Care Guarantee Letter" to "Child Care Guarantee Informational"
- On page 1 under the question "What if my job doesn't pay minimum wage?" the answer has been changed as follows:

Old text: If your employer is not required to pay minimum wage and you are earning less than \$7.15 per hour, you must be working at least 17.5 hours per week if you are a single parent or 25 hours per week if you are a two-parent family.

New text: If your employer is not required to pay minimum wage and you are earning less than \$7.15 per hour, you must be working at least 17.5 hours per week if you are a single parent or have a combined total of at least 25 hours per week if you are a two-parent household with both parents working.

Additional revisions to form **W-126E**:

- The form has been separated into English and Spanish versions
- The MLF designation has been replaced with LLF

Additional revision to form **W-137C**:

- The Fair Hearing language on page 2 has been updated

Additional revisions to form **W-519**:

- The fields below the form's logo in the top right-hand corner have been added to comply with POS requirements
- References to NCA FS Center F63 has been removed because the Center is now closed
- The "For Office Use Only" section was reformatted and renamed "Instructions to Morpho"

Additional revision to form **W-904DD**:

- The term "Public Assistance" has been changed to "Cash Assistance" throughout the form

In addition, some forms are now obsolete, therefore, the Cash Assistance Application Kit Forms (**M-90c**), the Cash Assistance Recertification Kit Forms (**M-90d**), and the NCA FS Application/Recertification Kit Forms (**M-90e**) have also been revised to reflect these changes and all include the new logo.

Additional revisions to form **M-90c**:

- The first footnote has been changed as follows:

Old text: Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the Language Read indicator in element **281** of the Turn-Around Document (TAD).

New text: Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the applicant's foreign language needs.

- The Requirement to Report a Lump Sum Payment (**Attachment A**) was removed. The information is contained in the New York State What You Should Know About Your Rights And Responsibilities form (**LDSS-4148A**). **Attachment A** is now obsolete
- The What You Should Know About Your Rights If You Have a Disability form (**EXP-78F**) has been removed. This form is now obsolete because the information is contained in form [LDSS-4148A](#). **EXP-78F** is now obsolete

- The Yes! You Can Still Apply for Medicaid/Family Health Plus form (**MAP-2020**) has been replaced by Your Guide to Public Health and Eligibility form ([MAP-2020N](#))
- The Certification/Recertification Checklist form (**W-515J**) has been removed. This form is now obsolete because the information is contained in form **LDSS-4148A**

Additional revisions to form **M-90d**:

- The first footnote has been changed as follows:

Old text: Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the Language Read indicator in element **281** of the Turn-Around Document (TAD).

New text: Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the applicant's/participant's foreign language needs.

- The Requirement to Report a Lump Sum Payment (**Attachment A**) was removed. The information is contained in form [LDSS-4148A](#)
- The What You Should Know About Your Rights If You Have Disability form (**EXP-78F**) has been removed. This form is now obsolete because the information is contained in form **LDSS-4148A**
- The Cash Assistance Additional Allowances form (**W-137C**) has been added

Job Center Directors and NCA FS Center Managers must ensure that all previous versions of these forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Samples of the revised forms are attached.

Effective Immediately

Related Items:


[PB #02-187-OPE](#)

[PB #02-195-OPE](#)

[PB #07-45-OPE](#)

[PB #08-29-OPE](#)

Reference:[02 INF 9](#)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

EXP-75Q	Notice to All Applicants (Rev. 11/13/08)
EXP-75AA	Notice to All Non Cash Assistance FS Applicants at POS Centers (Rev. 11/13/08)
M-90c	Cash Assistance Application Kit Forms (Rev. 11/13/08)
M-90d	Cash Assistance Recertification Kit Forms (Rev. 11/13/08)
M-90e	NCA FS Application/Recertification Kit Forms (Rev. 11/13/08)
M-384d	Recertification Absent Parent Questionnaire (Rev. 11/13/08)
M-384d (S)	Recertification Absent Parent Questionnaire (Spanish) (Rev. 11/13/08)
M-384k	Absent Parent Questionnaire (Rev. 11/13/08)
M-384k (S)	Absent Parent Questionnaire (Spanish) (Rev. 11/13/08)
M-384t	Your Interview with the Office of Child Support Enforcement (Rev. 11/13/08)
M-528m	Child Care Guarantee Informational (Rev. 11/13/08)
M-528m (S)	Child Care Guarantee Informational (Spanish) (Rev. 11/13/08)
W-116U	Attention: Applicants/Participants (Rev. 11/13/08)
W-126E	Important: Using Common Benefit Identification Cards (CBIC) for Medical Services (Rev. 11/13/08)
W-126E (S)	Important: Using Common Benefit Identification Cards (CBIC) for Medical Services (Spanish) (11/13/08)
W-137C	Cash Assistance Additional Allowances (Rev. 11/13/08)
W-137C (S)	Cash Assistance Additional Allowances (Spanish) (Rev. 11/13/08)
W-139E	Notice of Benefits and Services Available from the HIV/AIDS Services Administration (HASA) (Rev. 11/13/08)
W-515W	Interpretation Services Notice for the Application/Recertification Kits (Insert) (Rev.11/13/08)

W-519	Finger Imaging Notice (Rev. 11/13/08)
W-519 (S)	Finger Imaging Notice (Spanish) (Rev. 11/13/08)
W-532T	Eligibility Verification Review Questionnaire (Rev. 11/13/08)
W-532T (S)	Eligibility Verification Review Questionnaire (Spanish) (Rev. 11/13/08)
W-680FF	Language Questionnaire (Rev. 11/13/08)
W-680FF (S)	Language Questionnaire (Spanish) (Rev. 11/13/08)
W-904DD	Notice to Applicants/Participants (Rev. 11/13/08)
W-904DD (S)	Notice to Applicants/Participants (Spanish) (Rev. 11/13/08)
W-912KK	Essential Persons (Rev. 11/13/08)

Obsolete Forms

EXP-78F	What You Should Know About Your Rights If You Have a Disability (Obsolete)
EXP-78F (S)	What You Should Know About Your Rights If You Have a Disability (Spanish) (Obsolete)
W-515J	Application Checklist (Obsolete)
Attachment A	The Requirement to Report a Lump Sum Payment (Obsolete)

Notice to All Applicants

The application kit provided to you contains all the information you will need to establish your eligibility for Cash Assistance, Food Stamp benefits and Medicaid. It also includes the Application For: Temporary Assistance (TA) – Medical Assistance (MA) – Medicare Savings Program (MSP) – Food Stamp Benefits (FS) – Services (S), including Foster Care (FC) – Child Care Assistance (CC) Form (**LDSS-2921**). At the time the Receptionist handed you the application kit, you should have been informed that the application interview is automated. If you can wait for the interview, you **do not** have to fill out the **LDSS-2921**.

It is important to read through the application kit carefully, including all the penalties and warnings. If you do not understand this notice, please ask the Job Center personnel for help.

إخطار إلى جميع المتقدمين (Arabic)

تحتوي رزمة الطلب المقدمة لك على جميع المعلومات التي ستحتاجها لتثبيت أهليتك لتلقي المساعدة العامة، ومخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس")، والـ Medicaid. وتتضمن أيضاً طلباً لكل من: المساعدة المؤقتة (TA) – المساعدة الطبية (MA) – البرنامج الإذخاري للمديكير (MSP) – مخصصات الكوبونات الغذائية (FS) – الخدمات (S)، بما فيها رعاية الريبب ("فوستر كير") (FC) – المساعدة في رعاية الأطفال ("شايلد كير") (CC) نموذج (**LDSS-2921**). في الوقت الذي يقوم به موظف / موظفة مكتب الاستقبال بإعطائك رزمة الطلب، ينبغي أن يتم إبلاغك بأن مقابلة الطلب ستكون مؤجلة (ألية). إذا كنت تستطيع الانتظار لإجراء المقابلة، **فلا ينبغي عليك أن تملأ نموذج LDSS-2921**.

من المهم جداً أن تقرأ رزمة الطلب بكل تأني بما فيه جميع العقوبات والتنبيهات والإنذارات الواردة فيها. إذا لم تفهم محتوى هذا الإخطار، فيرجى أن تطلب المساعدة من أحد موظفي مركز العمل.

所有申請人須知 (Chinese)

為您提供的申請資料中包含您需要用於獲得公共援助、糧食券福利以及 Medicaid 資格的所有資訊。其中也包括臨時補助 (TA) – 醫療補助 (MA) – 老年醫療保險儲蓄計劃 (MSP) – 糧食券福利 (FS) – 服務 (S)，包括寄養照顧 (FC) – 托兒補助 (CC) 申請表 (**LDSS-2921**)。當接待員將申請資料交給您時，您應該已被告知申請面談已經自動化了。如果您能夠等候面談，則您無需填寫 **LDSS-2921** 表。

請務必仔細閱讀全套申請資料，包括所有的懲處和警告資訊，這很重要。如果您不理解本通知，請向職業中心工作人員求助。

Anons pou tout aplikasyon (Haitian Creole)

Pake aplikasyon sa a ke yo ba ou a gen tout enfòmasyon w ap bezwen pou w tabli kalifikasyon w pou Asistans Piblik, benefis pou Koupon pou achte manje ak Medicaid. Li gen ladann tou Aplikasyon pou: Asistans Tanporè (TA) – Asistans Medikal (MA) – Pwogram Ekonomi Medicare (MSP) – Benefis pou Koupon pou achte manje (FS) – Sèvis (S), ansanm ak Swen Adoptif (FC) – Asistans pou Swen Timoun (CC) fòm (**LDSS-2921**). Nan moman resepsyonis la ba ou pake aplikasyon an yo ta dwe di w si randevou pou aplikasyon w lan ap fèt nan sistèm otomatik. Si w ka tann pou randevou a, ou **pa bezwen** ranpli **LDSS-2921** an.

Li enpòtan pou w li tout aplikasyon an nèt ak anpil atansyon, se pou li tou enfòmasyon sou tout penalite ak avètisman yo. Si w pa konprann anons sa a, tanpri mande anplwaye Sant Travay la pou l ede w.

모든 참여자에 대한 통지 (Korean)

받으신 신청 키트에는 공공 보조, 푸드 스탬프 혜택 및 Medicaid에 대한 자격요건에 관한 필요한 모든 정보가 포함되어 있습니다. 이 키트에는 임시보조(TA) – 의료보조(MA) – 메디케이드 절약 프로그램(MSP) – 푸드 스탬프 혜택(FS) – 입양아 보호(FC)를 포함한 서비스(S) – 어린이 보호 보조(CC)의 양식(**LDSS-2921**)이 포함되어 있습니다. 안내원이 신청 키트를 드릴 때 신청 인터뷰가 자동으로 되어있는 것을 알려드릴 것입니다. 인터뷰를 기다리실 수 있으시면 **LDSS-2921**을 작성하실 필요가 **없습니다**.

보조를 신청하지 않더라도 모든 처벌 및 경고 사항을 포함하여 신청 키트에 포함된 내용을 모두 읽도록 하십시오. 이 통지 내용을 이해하지 못하시는 경우, 구직 센터 직원에게 도움을 청하십시오.

К сведению всех заявителей (Russian)

Полученный Вами комплект документов для подачи заявления содержит все сведения, которые необходимы для определения того, имеете ли Вы право на получение пособия, продуктовых талонов (фудстемпов) и медицинской страховки Medicaid. В состав комплекта входит также бланк заявления на получение следующих льгот: временное пособие (TA), медицинская страховка (MA), сберегательная программа по Medicare (MSP), получение продуктовых талонов (фудстемпов) (FS), а также услуг (S), в том числе бланк заявления об опеке (FC) и помощи в уходе и присмотре за детьми (CC) (**LDSS-2921**). Когда секретарь приёмной передал Вам этот комплект документов, Вам должны были сообщить, что этот бланк заполняется нашим сотрудником на компьютере в ходе собеседования. Если Вы можете дождаться этого собеседования, бланк **LDSS-2921** заполнять **не нужно**.

Важно внимательно ознакомиться с содержанием всех документов, входящих в комплект, в том числе со всеми предупреждениями и санкциями. Если Вы не поняли содержание этого уведомления, обратитесь за помощью к сотрудникам Центра по трудоустройству.

Aviso a Todos los Solicitantes (Spanish)

El paquete de solicitud que se le provee contiene toda la información que usted necesitará para establecer su elegibilidad de beneficios de Asistencia Pública, Cupones para Alimentos y Medicaid. También incluye la Solicitud Para: Asistencia Temporal (TA) – Asistencia Médica (MA) – Programa de ahorros Medicaid (MSP) – Cupones para Alimentos (FS) – Servicios (S), incluye Cuidado de Crianza (FC) – Asistencia para el Cuidado de Niños (CC) formulario (**LDSS-2921**). Al recibir el paquete de solicitud en la Recepción usted debió ser informado de que la entrevista para solicitud es automatizada. Si puede esperar para la entrevista, usted no tiene que llenar la **LDSS-2921**.

Es importante que lea cuidadosamente el paquete de solicitud incluyendo las sanciones y advertencias. Si no entiende claramente este aviso, por favor pida ayuda al personal del Centro de Trabajo.

Notice to All Non-Cash Assistance FS Applicants at POS Centers

The application kit provided to you contains all the information you will need to establish your eligibility for Food Stamp benefits, including the Food Stamp Benefits Application/Recertification form (**LDSS-4826**). At the time the Receptionist handed you the application form, you should have been informed that the application interview is automated. If you can wait to be prescreened, you do not have to fill out the **LDSS-4826**.

It is important to read through the application kit carefully, including all the penalties and warnings. If you do not understand this notice, please ask the Food Stamp Center personnel for help.

Aviso a todos los Solicitantes de Cupones para Alimentos No de Asistencia en Efectivo en los Centros POS

El paquete de solicitud que se le provee contiene toda la información que usted necesitará para establecer su elegibilidad para beneficios de Cupones para Alimentos, incluyendo la Solicitud/Recertificación de Cupones para Alimentos (**LDSS-4826-SP**). Al recibir el paquete de solicitud en la Recepción, usted debió ser informado de que la entrevista para solicitud es automatizada. Si puede esperar para la entrevista preliminar, usted no tiene que llenar el formulario **LDSS-4826-SP**.

Es importante que lea cuidadosamente el paquete de solicitud incluyendo todas las sanciones y advertencias. Si no entiende este aviso, por favor pida ayuda al personal del Centro de Cupones para Alimentos.

إخطار إلى جميع المتقدمين إلى الكوبونات الغذائية لغير متلقي المساعدة النقدية في مراكز POS

تحتوي رزمة الطلب المقدمة لك على جميع المعلومات التي تحتاجها لإقامة أهليتك لمخصصات الكوبونات الغذائية ("فود ستامبس")، بما في ذلك نموذج الطلب / إعادة تثبيت اللياقة لتلقي مخصصات الكوبونات الغذائية (**LDSS-4826**). في الوقت الذي قامت فيه موظفة الاستقبال بإعطائك نموذج الطلب، ينبغي أن يتم إعلامك بأن المقابلة المعنوية بالطلب تجري بصورة آلية. وإذا كنت تستطيع الانتظار للفرز المسبق، فلا يتطلب منك ملء نموذج **LDSS-4826**.

من المهم جداً أن تتصفح رزمة الطلب بكل عناية، بما في ذلك جميع العقوبات والإنذارات الموجودة فيها. وإذا لا تفهم معنى هذا الإخطار، فيرجى أن تطلب المساعدة من أحد المسؤولين في مركز شؤون الكوبونات الغذائية.

致所有前往 POS 中心的非現金援助糧食券申請人的通知

給您提供的這套申請資料含有為確立您的糧食券福利資格所需的所有資料，包括糧食券福利申請/資格重新證明表 (**LDSS-4826**)。在接待員將申請表交給您時，您應該已被告知申請面試是自動安排的。如果您可等候這預先審查的程序，您即不必填寫 **LDSS-4826**。

請務必仔細閱讀全套申請資料，包括所有的罰則與警告。如果您不瞭解這份通知，請向糧食券中心的工作人員請求協助。

AVI POU TOUT MOUN KAP APLIKE POU ED KOUPON POU ACHE MANJE KI PA LAJAN KASH NAN SANT POS YO

Pake aplikasyon yo ba w la gen ladan l enfòmasyon wap bezwen pou etabli kalifikasyon w pou benefis kupon pou achte manje, ansanm ak fòm Aplikasyon pou benefis kupon pou achte manje / Resètifikasyon an (**LDSS-4826**). Lè resepsyonis la te ba w fòm aplikasyon an, li te enfòm w ke antrevi pou aplikasyon an otomatize. Si w ka tann yo fè evalyasyon preliminè a, ou **pa oblije** ranpli fòm **LDSS-4826** la.

Li enpòtan pou w li pake aplikasyon an annantye e avèk atansyon, li enfòmasyon sou penalite ak avètisman yo tou. Si w pa konprann enfòmasyon ki nan avi sa a, tanpri mande anplwaye ki nan Sant kupon pou achte manje a pou l ede w.

모든 POS 센터 비 현금보조 푸드 스탬프 신청자에게 보내는 통보

귀하에게 제공된 신청서 키트안엔 푸드 스탬프 혜택 신청서/갱신 양식 (**LDSS-4826**)을 포함하여 푸드 스탬프 혜택 수혜자격을 입증하는데 필요한 모든 정보가 있습니다. 접수원이 신청서 양식을 귀하에게 주었을 당시 신청 인터뷰가 자동으로 이루어진다는 것을 알렸어야 합니다. 만약 귀하가 사전 검토를 기다릴 수 있다면 **LDSS-4826** 을 작성할 필요가 없습니다.

모든 처벌과 경고를 포함하여 신청서 키트를 전부 자세히 읽는 것이 중요합니다. 만약 귀하가 이 통보 내용이 이해가 되지 않을 경우엔 푸드 스탬프 센터 직원에게 도움을 요청 하십시오.

ИЗВЕЩЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ ЛИЦ, ПОДАВШИХ В ЦЕНТРАХ POS ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕЗНАЛИЧНОГО ПОСОБИЯ В ФОРМЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ

Предоставленная Вам подборка документов содержит всю информацию, необходимую для того, чтобы определить, обладаете ли Вы правом на получение государственной помощи в форме продуктовых талонов (Food Stamps) и включает бланк заявления и повторного освидетельствования на получение продуктовых талонов (**LDSS-4826**). Во время выдачи Вам бланка уведомления сотрудник приемной должен был оповестить Вас о том, что процесс собеседования автоматизирован. Если Вы согласны дождаться предварительного отбора, Вам **не нужно** заполнять бланк формы **LDSS-4826**.

Внимательно ознакомьтесь со всеми материалами этой подборки, включая перечень штрафных санкций и предупреждения. Если Вы не полностью понимаете это извещение, обратитесь, пожалуйста, к работнику центра оформления продуктовых талонов.

Cash Assistance Application Kit Forms

Forms included in the standard Cash Assistance Application Kit:

Item	Title	Form Number	Agency
1	Growing Up Healthy	DOH-4133	State
2	Statewide Common Application	LDSS-2921*	State
3	Food Stamp Change Report Form	LDSS-3151*	State
4	New York State What You Should Know About Your Rights And Responsibilities	LDSS-4148A*	State
5	New York State What You Should Know About Social Services Programs	LDSS-4148B*	State
6	New York State What You Should Know If You Have An Emergency	LDSS-4148C*	State
7	Notice Of Responsibilities And Rights For Support	LDSS-4279**	State
8	Domestic Violence Screening Form	LDSS-4583*	State
9	Domestic Violence Palm Card	LDSS-4583A**	State
10	Important Information about Child Care	LDSS-4647**	State
11	DFR Legal Residence Statement	LDSS-4733	State
12	Domestic Violence Information for all Temporary Assistance Applicants	LDSS-4905*	State
13	New York State How To Complete The Temporary Assistance (TA) - Medical Assistance (MA) - Medical Savings Program (MSP) - Food Stamp Benefits (FS) - Services (S), including Foster Care (FC) - Child Care Assistance (CC) Application	PUB-1301*	State
14	How To Use Your Benefit Card To Get Food Stamp and/or Cash Benefits	PUB-4596*	State
15	Keep the Heat On With HEAP Pamphlet	PUB-4735**	State
16	Self Sufficiency Supports	PUB-4662*	State
17	Notice to All Applicants	EXP-75Q***	FIA
18	Absent Parent Questionnaire	M-384k*	FIA
19	Your Interview with the Office of Child Support Enforcement	M-384t**	FIA
20	Child Care Guarantee Informational	M-528m	FIA
21	Attention: Applicants/Participants	W-116U***	FIA

*Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the applicant's foreign language needs.

**Available in English and Spanish only.

***Multiple languages are contained on one form.

Cash Assistance Application Kit Forms

Forms included in the standard Cash Assistance Application Kit:

Item	Title	Form Number	Agency
22	Important: Using Common Benefit Identification Cards (CBIC) for Medical Services	W-126E*	FIA
23	Cash Assistance Additional Allowances	W-137C*	FIA
24	Notice of Benefits and Services Available from the HIV/AIDS Services Administration (HASA)	W-139E**	FIA
25	Troubled? Frustrated? Angry? Don't Take It Out On Your Children!	W-273A**	FIA
26	Did You Know That The City of New York Will Pay for Your Child Care For Your Children Under 13 and For Children With Special Needs?	ACS Form W-273E	ACS
27	Notice to Applicants and Participants Regarding Third Party Health Insurance	W-299*	FIA
28	Welfare Fraud Pamphlet	W-151M**	BFI
29	Interpretation Services Notice for the Application/Recertification Kits (Insert)	W-515W***	FIA
30	Eligibility Verification Review Questionnaire	W-532T**	FIA
31	Child Care Fact Sheet and Planner	CS-574EE**	ACS
32	Please Read Important Information For Parents Who Use Legally-Exempt Child Care Providers	W-603AA	FIA
33	Language Questionnaire	W-680FF*	FIA
34	Are You Disabled?	W-681A*	FIA
35	Notice to Applicants/Participants	W-904DD*	FIA
36	Essential Persons	W-912KK**	FIA
37	Explanation of the Medicaid Buy-In Program For Working People with Disabilities (MBI-WPD)	MAP-252*	MAP
38	Child/Teen Health Program (C/THP) Fact Sheet	MAP-1096*	MAP
39	Your Guide To Public Health and Eligibility	MAP-2020N	MAP

*Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the applicant's foreign language needs.

**Available in English and Spanish only.

***Multiple languages are contained on one form.

Cash Assistance Recertification Kit Forms

Forms included in the standard Cash Assistance Recertification Kit:

Item	Title	Form Number	Agency
1	Food Stamp Change Report Form	LDSS-3151 *	State
2	Recertification Form For: Temporary Assistance (TA) – Medical Assistance (MA) – Medicare Savings Program (MSP) – Food Stamp Benefits (FS)	LDSS-3174 * ¹	State
3	New York State What You Should Know About Your Rights And Responsibilities	LDSS-4148A *	State
4	New York State What You Should Know About Social Services Programs	LDSS-4148B *	State
5	New York State What You Should Know If You Have An Emergency	LDSS-4148C *	State
6	Important Information about Child Care	LDSS-4647 **	State
7	Domestic Violence Information for all Temporary Assistance Applicants	LDSS-4905 *	State
8	How to Complete the Temporary Assistance (TA) – Medical Assistance (MA) – Medical Savings Program (MSP) – Food Stamp Benefits (FS) Recertification Form	PUB-1313 *	State
9	Helping Hand for People in Need	PUB-4916 *	State
10	Explanation of the Medicaid Buy-In Program For Working People with Disabilities (MBI-WPD)	MAP-252 *	MAP
11	Attention: Applicants/Participants	W-116U ***	FIA
12	Important: Using Common Benefit Identification Cards (CBIC) for Medical Services	W-126E *	FIA
13	Cash Assistance Additional Allowances	W-137C *	FIA
14	Notice of Benefits and Services Available from the HIV/AIDS Services Administration (HASA)	W-139E **	FIA
15	Welfare Fraud Pamphlet	W-151M **	BFI
16	Notice to Applicants and Participants Regarding Third Party Health Insurance	W-299 *	FIA
17	Interpretation Services Notice for the Application/Recertification Kits (Insert)	W-515W ***	FIA
18	Please Read Important Information For Parents Who Use Legally-Exempt Child Care Providers	W-603AA	FIA
19	Language Questionnaire	W-680FF *	FIA
20	Are You Disabled?	BRC-681A *	FIA
21	Notice to Applicants/Participants	W-904DD *	FIA
22	Essential Persons	W-912KK **	FIA

*Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the applicant's/participant's foreign language needs.

**Available in English and Spanish only.

***Multiple languages are contained on one form.

¹ Included in the kit for homebound interviews and when POS is down.

Cash Assistance Recertification Kit Forms

Recertification Kits for households with children include the forms on the first page and those listed below:

Item	Title	Form Number	Agency
1	Recertification Absent Parent Questionnaire	M-384d*	FIA
2	Child Care Guarantee Informational	M-528m	FIA
3	Did you know that The City of New York Will Pay For Your Child Care for your children under 13 and for children with special needs?	CS-273E	ACS
4	Child Care Fact Sheet and Planner	CS-574EE**	ACS
5	Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care	OCFS LDSS-4699**	State
6	Employment of Minors Form	OCFS LDSS-4699.1**	State
7	Employment of Minors Information	OCFS LDSS-4699.1A	State
8	Legally-Exempt In-Home Child Care Provider Agreement Form	OCFS LDSS-4699.2**	State
9	Parental Responsibilities When Employing a Legally-Exempt In-Home Child Care Provider	OCFS LDSS-4699.2A	State
10	Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care	OCFS LDSS-4700**	State

*Denotes forms that are available in multiple languages. Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the CA Recertification Kit based on the applicant's/participant's foreign language needs.

**Available in English and Spanish only.

***Multiple languages are contained on one form.

¹ Included in the kit for homebound interviews and when POS is down.

NCA FS Application/Recertification Kit Forms

Forms included in the NCA FS Application/Recertification Kit:

Item	Title	Form Number	Agency
1	New York State What You Should Know About Your Rights And Responsibilities	LDSS-4148A*	State
2	New York State What You Should Know About Social Services Programs	LDSS-4148B*	State
3	New York State What You Should Know If You Have An Emergency	LDSS-4148C*	State
4	Domestic Violence Palm Card	LDSS-4583A**	State
5	Food Stamp Benefits Application/Recertification	LDSS-4826*	State
6	How To Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification	LDSS-4826A*	State
7	Helping Hand For People In Need	PUB-4916*	State
8	Child/Teen Health Program (C/THP) Fact Sheet	MAP-1096*	MAP
9	Notice to All Non Cash Assistance FS Applicants at POS Centers	EXP-75AA***†	FIA
10	Interpretation Services Notice for the Application/Recertification Kits (Insert)	W-515W***	FIA
11	Finger Imaging Notice	W-519*	FIA
12	Language Questionnaire	W-680FF*	FIA
13	Are You Disabled?	BRC-681A*	FIA

*Available in multiple languages.

**Available in English and Spanish only.

***Multiple languages are contained on one form.

† Include in NCA FS Application Kits at POS Centers.

Staff must include the appropriate foreign language version of forms in the NCA FS Application/Recertification Kit based on the applicant/participant's foreign language needs.

Recertification Absent Parent Questionnaire

Under current law, Cash Assistance (CA) families are entitled to receive up to the first \$100.00 of support monies collected each month as a bonus. This means that you will continue to receive your Cash Assistance grant plus up to \$100.00 monthly of any support monies paid by the absent parent to the Office of Child Support Enforcement.

As a condition of eligibility for CA, you are required by law to provide information about the absent parent of the children receiving assistance. YOU MUST ANSWER EVERY QUESTION.

FOR AGENCY USE
SSN from CSMS

1. What is the name of the absent parent? _____

2. What is the absent parent's Social Security number? _____

3. Where does he/she live? _____
Street Number City/State Borough

4. What is his/her telephone number? (_____) _____
 How do you contact the absent parent during an emergency? _____

5. Is the absent parent working? No Yes If Yes, give employer's name, address and/or phone number.

6. Where did he/she used to work? Past Employer's name: _____
 Past employer's address and/or telephone number: _____

7. Does the absent parent have work-related income? No Yes If Yes, check which one(s) : UIB
 Worker's Compensation Disability Benefits Social Security Benefits Other (specify): _____

8. Did the absent parent ever receive any of the following? If Yes, check :
 Cash Assistance Medicaid Food Stamps
 If Yes, what was the case number? _____ Center/Office: _____

FOR AGENCY USE
DOB from CSMS

9. What is the absent parent's date of birth? _____
Month Day Year

10. Where was the absent parent born? _____
City State/Country

11. What is the absent parent's mother's full maiden name? _____

12. What is the absent parent's father's name? _____

13. Have you and the absent parent been to court? No Yes
 If Yes, indicate reason: a divorce to establish paternity to obtain support an order of protection
 If Yes, which court? Name of court _____ Docket/Index No.: _____
 Location of court _____

14. Give names, addresses, and telephone numbers of the absent parent's relatives and/or friends:

Name	Relationship	Complete Address	Telephone Number

15. Has the absent parent ever served in the U.S. military? No Yes If Yes, which branch?
 Army Navy Air Force Marines Coast Guard National Guard
 If currently in the service, the address is: _____

Participant's Signature:	Date:
--------------------------	-------

TO BE COMPLETED BY THE WORKER
(A separate M-384d is to be used for each absent parent)

Case Name:		Case Number:	
Participant's Address:		Absent Parent's Name:	
Center No.:	OCSE Office:	Participant's SSN:	Wedlock Status (circle one): IW OW
Date of Marriage:	Place of Marriage:	City	State

Names of Dependent Children	Sex	Date of Birth

Worker:	Telephone Number:	Date:
---------	-------------------	-------

FOR AGENCY USE
CSMS WORKER-CODE

FOR AGENCY USE
PARTICIPANT'S CSMS CASE NUMBER

For Agency Use:	
<input type="checkbox"/> No record of absent parent on CSMS.	Any one or more of the following questions has/have been completed.
<input type="checkbox"/> Question(s) 9, 10 and 11 or 12 have been completed.	<input type="checkbox"/> 2 through 8 <input type="checkbox"/> 13 through 15
ROUTING INSTRUCTIONS Forward this form to OCSE ONLY in instances in which one or more of the above boxes have been checked, and when information provided by participant/applicant has/have not been previously sent to OCSE. Destroy if NONE of the above has been checked.	

Cuestionario de Recertificación Sobre Padre/Madre Ausente

Conforme la ley actual, las familias que reciben Asistencia Familiar (FA) tienen derecho a recibir hasta los primeros \$100 mensuales cobrados para la manutención de sus hijos como una bonificación. Lo que significa que usted continuará recibiendo su concesión de Asistencia Familiar además de hasta \$100 mensuales de cualquier dinero pagado de manutención pagado por el padre madre/madre ausente a la oficina de Aplicación de Manutención de Niños (Child Support Enforcement).

Como condición de elegibilidad para FA la ley estipula que usted proporcione información sobre el padre/madre ausente de los niños que reciben asistencia. USTED TIENE QUE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.

FOR AGENCY USE
SSN from CSMS

1. ¿Cuál es el nombre del padre/madre ausente? _____
2. ¿Cuál es el número de Seguro Social del padre/madre ausente? _____
3. ¿Dónde vive él/ella? _____

Núm. de la Calle	Ciudad/Estado	Condado
------------------	---------------	---------

4. ¿Cuál es el número de teléfono de él/ella? (_____) _____
 ¿Cómo se comunica usted con el padre/madre ausente en caso de emergencia? _____

5. ¿Está él/ella trabajando actualmente? NO SÍ Si contestó que SÍ, proporcione el nombre, dirección y/o número de teléfono del empleador: _____

6. ¿Dónde trabajaba él/ella anteriormente? Nombre del Anterior Empleador: _____
 Dirección y/o número de teléfono del empleador: _____

7. ¿Tiene el padre/madre ausente beneficios relacionados con el trabajo?
 NO SÍ Si contestó que SÍ, ¿cuál(es)? UIB
 Compensación al Trabajador Beneficios por Incapacidad Beneficios del Seguro Social
 Otro (especifique): _____

8. ¿Ha recibido el padre/madre ausente alguna vez cualquiera de los beneficios indicados a continuación? Marque, de ser sí :
 Asistencia en Efectivo Medicaid Cupones para Alimentos
 De ser sí, ¿cuál fue el número del caso? _____ Centro/Oficina: _____

FOR AGENCY USE
DOB from CSMS

9. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre/madre ausente? _____

Mes	Día	Año
-----	-----	-----
10. ¿Dónde nació el padre/madre ausente? _____

Ciudad	Estado/País
--------	-------------

11. ¿Cuál es el nombre completo de soltera de la madre del padre/madre ausente? _____

12. ¿Cuál es el nombre completo del padre del padre/madre ausente? _____

13. ¿Ha comparecido usted y el pader/ausente ante un tribunal?: NO SÍ Si contestó SÍ, indique la razón:
 divorcio establecimiento de la paternidad obtención de manutención orden de protección
 Si contestó SÍ, ¿Cual tribunal? _____ Número del Caso/Índice: _____
 Ubicación del tribunal: _____

14. Proporcione los nombres, direcciones y números de teléfono de los parientes y/o amigos del padre/madre ausente:

Nombre	Parentesco	Dirección Completa	Número de Teléfono

15. ¿Ha prestado el padre/madre ausente servicio militar a los Estados Unidos? NO SÍ Si contestó SÍ, ¿en qué rama militar?
 Ejército Fuerza Aérea Marina Infantesde Marina Guardacostas Guardia Nacional

Si presta actualmente servicio, la dirección es: _____

Firma del Participante:	Fecha:
-------------------------	--------

TO BE COMPLETED BY THE WORKER
(A separate M-384d is to be used for each absent parent)

Case Name:		Case Number:	
Participant's Address:		Absent Parent's Name:	
Center No.:	OCSE Office:	Participant's SSN:	Wedlock Status (circle one): IW OW
Date of Marriage:	Place of Marriage: City	State	

Names of Dependent Children	Sex	Date of Birth

Worker:	Telephone Number:	Date:
---------	-------------------	-------

FOR AGENCY USE
CSMS WORKER-CODE

FOR AGENCY USE
PARTICIPANT'S CSMS CASE NUMBER

For Agency Use:	
<input type="checkbox"/> No record of absent parent on CSMS <input type="checkbox"/> Question(s) 9, 10 and 11 or 12 have been completed.	Any one or more of the following questions has/have been completed. <input type="checkbox"/> 2 through 8 <input type="checkbox"/> 13 through 15
ROUTING INSTRUCTIONS	
Forward this form to OCSE ONLY in instances where one or more of the above boxes have been checked, and when information provided by participant/applicant has/have not been previously sent to OCSE. Destroy if NONE of the above has been checked.	

Include in CA Recertification Kit

Absent Parent Questionnaire

IMPORTANT MESSAGE

Your cooperation is essential in locating the absent parent. We may also need you to participate in the court process of establishing paternity, if necessary, and obtaining a court order for the support of your child(ren).

Under current law, Family Assistance/Safety Net families are entitled to receive up to the first \$100.00 of support money paid in the current month as a bonus. This means that you can receive a Cash Assistance grant and up to \$100.00 monthly of any support money paid by the absent parent to the Office of Child Support Enforcement. If you and the child(ren) stop receiving Cash Assistance, **all** current support money collected will be sent to you.

Your expenses for your child's daily care, education and health care may lead to an increase in the amount of the support order, and it is important that you provide proof of these expenses.

You must complete one of these forms for each absent parent (father and/or mother) of the child(ren) for whom you are applying for or receiving Cash Assistance. You must answer all questions.

If you are scheduled for an appointment at the Office of Child Support Enforcement before your case is accepted, bring this completed questionnaire and the documents listed in the box below to your scheduled appointment.

Please bring the following to the interview at the Office of Child Support Enforcement:		
<p>1. Birth certificates for all your child(ren)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tax returns • Old identification cards (Cash Assistance, medical, military, alien registration) • Bank books (active or closed) • Absent parent's birth certificate or school records 	<p>2. Any documents that can help the Agency locate the absent parent. For example:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absent parent's pay stubs • Military records (discharge papers, VA claims) • Bills (telephone, utilities, etc.) • Installment sales agreements • Driver's license and/or car registration • Your marriage license if you were ever married 	<ul style="list-style-type: none"> • Any divorce decree or separation agreement • Correspondence (from absent parent's employer, union, etc.) • Any document with the absent parent's Social Security number on it

If you are NOT scheduled for an appointment at the Office of Child Support Enforcement before your case is accepted, you may be notified at a later date when to come in and what documents to bring.

Print your name:			Your Social Security number:	
Last	First	Middle Initial		
<p>Affirmation – must be signed. I hereby apply pursuant to Social Services Law 111-g and 111-h for child support services under Title IV-D of the Social Security Act as amended. I subscribe and affirm under penalty of perjury that this application is made for the sole purpose(s) of obtaining assistance in establishing paternity and/or obtaining child support from an individual who is (or may be) legally responsible for the support of dependent children; and that statements made in this application or accompanying document(s) have been examined by me and to the best of my knowledge and belief are true and correct. I understand that the information given by me may be investigated.</p>				
Signature			Date	

1. What is the absent parent's name? _____
Last First Middle Initial

2. What is the absent parent's Social Security number (do not insert your Social Security number) – from his/her pay stubs, tax returns, bank loans, old I.D. cards or official papers? _____

3. What is the absent parent's date of birth? _____
Where was the absent parent born? _____
City State/Country

4. What is the absent parent's mother's maiden name? _____
Last First Middle Initial

What is the absent parent's father's name? _____
Last First Middle Initial

5. Have you and the absent parent ever been to court for any reason?
 No Yes Reason: _____
Name and Place of Court: _____ Date: _____

6. Is the absent parent supposed to provide child support under a court order?
 No Yes (If Yes, provide the information requested below and bring a copy of the court order to the interview.)
Amount \$ _____ per: _____ Date last received: _____
Week/Month
Name and Place of Court: _____ Docket or Index number: _____

7. Has the absent parent voluntarily given you child support money (without a court order)?
 No Yes (If Yes, provide the information requested below and bring a copy of the court order to the interview.)

A. Directly to you: Amount \$ _____ per: _____ Date last received: _____
Week/Month

For which child(ren)? _____

B. To your Landlord: Amount \$ _____ per: _____ Date last paid: _____
Week/Month

C. Tuition or school expenses: Amount \$ _____ per _____ Date last paid: _____
Week/Month

Name and address of school: _____

For which child(ren)? _____

D. Other payment? Specify: _____ Amount \$ _____ per _____
Week/Month

Date last paid: _____ Paid to whom? _____ For which child(ren) _____

8. Are you, or were you ever married? No Yes Date: _____ To who(m): _____

9. Are you, or were you:
A. Legally married to this absent parent? No Yes Date: _____ Where: _____

B. Legally separated from this absent parent? No Yes Date: _____ Where: _____

C. Legally divorced from this absent parent? No Yes Date: _____ Where: _____

Supreme Court Index Number: _____ If in New York City, what borough: _____

10. When did you last see the absent parent? _____ Where? _____

11. Where does the absent parent live now?

Complete Street Address/Apt. Number _____ City _____ State _____ Telephone Number _____

12. Does the absent parent have a mailing address different from the address above? No Yes (indicate below)

Complete Street Address/Apt. Number _____ City _____ State _____ Telephone Number _____

13. What is the previous address of the absent parent?

Complete Street Address/Apt. Number _____ City _____ State _____ Telephone Number _____

14. How would you contact the absent parent in an emergency? _____

15. How long have you known the absent parent? _____ Months _____ Years

16. What kind of work does the absent parent do? _____
Employer's Name

Name of Union: _____ Address: _____

17. Do you know where the absent parent works now? No Yes

If Yes, what is the employer's name and address? _____

Telephone number: _____

18. Do you know where the absent parent previously worked? No Yes

If Yes, what was the employee's name and address? _____

Telephone number: _____

19. Does the absent parent provide medical insurance coverage for you and/or his child(ren)?

No Yes If Yes, insurance company name: _____

Don't know Policy number: _____ Who is covered? _____

20. Has the absent parent ever been:

In the military? Branch: _____ Where: _____ When: _____

In the hospital? Reason: _____ Where: _____ When: _____

Arrested? Reason: _____ Where: _____ When: _____

In prison? Reason: _____ Where: _____ When: _____

21. Is the absent parent receiving, or has he/she ever received?

Cash Assistance SSI Medicaid Food Stamps Social Security UIB

Pension (explain) _____

Disability Benefits (explain) _____

Worker's Compensation (explain) _____

22. Does the absent parent have a driver's license?

No Yes, in which state _____

23. Does the absent parent have any of the following?

A. A car, truck or motorcycle? A boat? Specify: Year and make _____

B. A house? A vacation home?

Where? _____
City County State Country

C. Life insurance policy? Name of insurance company: _____ Policy #: _____

D. Other assets? Specify: _____

24. What are the names and addresses of the absent parent's relatives and friends?

NAME	RELATIONSHIP	ADDRESS AND TELEPHONE

25. Do you pay or do you receive from Cash Assistance any of the following:

A. Child care expenses for the absent parent's child(ren)?

No Yes (If Yes, provide the information requested below.)

Name and address of child care provider: _____

Social Security number of provider: _____ Amount \$ _____ per _____
Week/Month

Care fare _____ Amount \$ _____ per _____
Week/Month

B. Special educational expenses for the absent parent's child(ren)?

No Yes (If Yes, provide the information requested below.)

Amount \$ _____ per _____ To who(m)? _____
Week/Month

For what purpose? _____ For which child(ren)? _____

C. Are there special health expenses for the absent parent's child(ren)?

No Yes (If Yes, provide the information requested below.)

Amount \$ _____ per _____ To who(m)? _____
Week/Month

For which child(ren)? _____

Describe type of expense: _____

D. Other expenses? Specify: _____ Amount \$ _____ per _____
Week/Month

For Office Use – To be Completed by Worker												
1. From Ctr. _____ PPL UC FFR			Absent Parent (AP) is: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Known			2. To OCSE: _____ Borough Office						
3. Case Name: Last First MI				4. Relationship to Children:		5. Absent parent's name: Last First MI						
6. AP Relationship to Applicant		7. Cat./Case No.:	8. Applicant's CIN:	9. Date referred:	10. Applicant's SSN:		11. Applicant's DOB:					
12. Applicant's complete street address (including apt. number, city, zip code):						13. Applicant's day time telephone number:						
14. AP's SSN:	15. AP's DOB:	16. AP's Mother's maiden name:		17. AP's Father's name:		18. AP's place of birth:						
19. Absent parent's employer (name of company and address, including city and state):					20. AP's phone number:							
21. AP's complete home address (apt., city, state, zip code):					22. AP provides or is under: Check applicable box(es): <input type="checkbox"/> Current court order <input type="checkbox"/> Direct voluntary agreement <input type="checkbox"/> Pays Applicant's excess rent <input type="checkbox"/> Tuition <input type="checkbox"/> Other expenses							
23. Name of children			Date of birth		CIN		SSN		Sex M F		Wedlock In Out	

SAMPLE

Prepared by _____ Section _____ Date _____

Include in CA Application Kit

Cuestionario para Padres/Madres Ausentes

MENSAJE IMPORTANTE

Su cooperación es esencial en localizar el padre/madre ausente. Quizás también necesitemos que participe en el proceso judicial de establecer paternidad, si fuese necesario, y en obtener una orden judicial para la manutención de su(s) niño(s).

Bajo las leyes actuales, familias bajo Asistencia a Familias/Red de Seguridad (Family Assistance/Safety Net) tienen derecho a recibir los primeros \$100.00 del dinero colectado cada mes para la manutención actual como una bonificación. Esto significa que usted continuará recibiendo su concesión de Asistencia en Efectivo y hasta \$100.00 mensualmente de cualquier dinero actual para la manutención pagado por el padre/madre ausente a la Oficina para el Refuerzo a la Manutención para Niños (Office of Child Support Enforcement). Si usted y el/los niño(s) dejan de recibir Asistencia de Dinero en Efectivo **todo** dinero actual colectado para la manutención será enviado a usted.

Sus gastos por el cuidado diario de sus niños, educación y bienestar de la salud pueden llevar a un aumento en la cantidad de la orden para la manutención, y es importante que usted nos provea prueba de estos gastos.

Usted tiene que completar uno de estos formularios para cada padre ausente (padre y/o madre) de el/los niño(s) por los cuales usted está solicitando o recibiendo Asistencia en Efectivo. Usted tiene que contestar todas las preguntas.

Si usted está programado para una cita en la Oficina para el Refuerzo a la Manutención para Niños antes que su caso sea aceptado, traiga este cuestionario llenado y los documentos enumerados en el recuadro más abajo a su cita programada.

Favor de traer lo siguiente consigo a la entrevista en la Oficina para el Refuerzo a la Manutención para Niños:		
1. Certificados de nacimiento para todos sus hijos <ul style="list-style-type: none"> • Declaraciones de impuestos • Tarjetas de identificación viejas (Asistencia en Efectivo, registro médico, militar, o de extranjero) • Libretas bancarias (activas o cerradas) • Certificado de nacimiento, expedientes escolares del padre ausente. 	2. Cualquier documento que nos pueda ayudar a localizar al padre ausente. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Talonarios de pago del padre ausente • Expedientes militares (documentos de licenciatura, reclamos de la AV) • Cuentas (teléfono, servicios públicos, etc.) • Contratos de compras a plazos • Licencia de conducir y/o registro del auto • Licencia de matrimonio si estuvo alguna vez casado(a) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier decreto de divorcio o acuerdo de separación • Correspondencia (del empleador del padre ausente, unión, etc.) • Cualquier documento con el número del seguro social del padre ausente.

Si usted NO está programado para una cita en la Oficina para el Refuerzo a la Manutención para Niños antes que su caso sea aceptado, puede que le notifiquen en una fecha posterior, cuando presentarse y qué documentos ha de traer.

Escriba su nombre en letras de molde:		Su Número de Seguro Social:
Apellido	Nombre	Inicial
Afirmación - tiene que ser firmada. Por esta solicitud, conforme a las Leyes de Servicios Sociales 111-g y 111-h, para servicios de manutención para niños bajo el Título IV-D del Acta del Seguro Social (Social Security Act) como enmendada. Yo estoy de acuerdo y afirmo bajo la penalidad de perjurio, que esta solicitud se presenta con el/los único(s) propósito(s) de obtener asistencia en establecer paternidad y/o obtener manutención de una persona que es (o puede ser) responsable legalmente por la manutención de niños dependientes; y que declaraciones hechas en esta solicitud o documento adjunto han sido examinados por mí, y según mi leal saber y entender son ciertas y correctas. Yo entiendo que la información proporcionado por mí puede ser investigada.		
Firma		Fecha

1. ¿Cuál es el nombre del padre/madre ausente? _____
Apellido Nombre Inicial

2. ¿Cuál es el número de Seguro Social del padre/madre ausente (no el suyo) – de los talonarios de nómina, declaraciones de impuestos, préstamos de bancos, tarjetas viejas de identificación o papeles oficiales?

3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre/madre ausente? _____
¿Dónde nació el padre ausente? _____
Ciudad Estado/País

4. ¿Cuál es el nombre de soltera de la madre del padre/madre ausente? _____
Apellido Nombre Inicial
¿Cuál es el nombre del padre del padre/madre ausente? _____
Apellido Nombre Inicial

5. ¿Usted y el padre/madre ausente han estado comparecido alguna vez en un tribunal por cualquier razón?
 No Sí Razón: _____
Nombre y Lugar del Tribunal: _____ Fecha _____

6. ¿El padre/madre ausente tiene que proveer manutención para niños bajo una orden judicial?
 No Sí (de ser "Sí", provea la información solicitada a continuación y traiga una copia de la Orden Judicial a la entrevista)
Cantidad \$ _____ por: _____ Fecha del último pago: _____
(Semana/Mes)
Nombre y Lugar del Tribunal: _____ Número de Causa o Índice _____

7. ¿El padre/madre ausente le ha entregado dinero para la manutención para niños voluntariamente (sin una orden judicial)?
 No Sí (de ser "Sí", provea la información solicitada a continuación y traiga una copia de la Orden Judicial a la entrevista)

A. Directamente a usted: cantidad \$ _____ por _____ Fecha del último pago recibido: _____
(Semana/Mes)

¿Para cuál(es) niño(s)? _____

B. A su Casero(a): cantidad \$ _____ por: _____ Fecha del último pago recibido: _____
(Semana/Mes)

C. Cuota para la enseñanza o gastos de escuela: cantidad \$ _____ por: _____
(Semana/Mes)

Fecha del último pago recibido: _____

Nombre y dirección de la escuela: _____

¿Para cuál(es) niños? _____

D. ¿Otro Pago?: especifique _____ cantidad \$ _____ por _____
(Semana/Mes)

Última fecha de pago: _____ ¿A quién le pagó? _____ ¿Para qué niños? _____

8. ¿Es usted, o ha estado alguna vez casado(a)? No Sí Fecha: _____ Con quién: _____

9. Es usted, o estuvo:

A. ¿Casado(a) legalmente con este padre/madre ausente? No Sí Fecha: _____ Dónde: _____

B. ¿Separado legalmente de este padre/madre ausente? No Sí Fecha: _____ Dónde: _____

C. ¿Divorciado legalmente? No Sí Fecha: _____ Dónde: _____

Número de Índice de la Corte Suprema: _____ Si en la Ciudad de Nueva York qué distrito _____

10. ¿Cuándo fue la última vez que vio al padre/madre ausente? _____ ¿Dónde _____?

11. ¿Dónde vive el padre/madre ausente ahora?

Dirección completa/número apto. Ciudad Estado Número de Teléfono

12. ¿Tiene el padre/madre ausente una dirección donde recibe correo diferente a la dirección antedicha? No Sí
(indique abajo)

Dirección completa/número apto. Ciudad Estado Número de Teléfono

13. ¿Dónde vivía el padre/madre anteriormente?

Dirección completa/número apto. Ciudad Estado Número de teléfono

14. ¿Cómo se comunicaría con el padre/madre en una emergencia? _____

15. ¿Por cuánto tiempo ha conocido al padre/madre ausente? _____ Meses _____ Años

16. ¿Qué tipo de trabajo tiene el padre/madre ausente? _____
Nombre del Empleador

Nombre de la unión: _____ Dirección: _____

17. ¿Sabe usted donde trabaja ahora el padre/madre ausente? No Sí

De ser "Sí", ¿cuál es el nombre y dirección del empleador? _____

Número de Teléfono _____

18. ¿Sabe usted donde trabajaba anteriormente el padre/madre ausente? No Sí

De ser "sí", ¿cuál es el nombre y dirección del empleador? _____

Número de Teléfono _____

19. ¿El padre/madre ausente le provee cobertura de seguro médico para usted y/o su(s) hijo(s)?

No Sí, nombre de la compañía de seguros: _____

No sé Número de la póliza: _____ ¿Quién tiene cobertura? _____

20. ¿Ha estado alguna vez el padre/madre ausente en?:

¿En las Fuerzas Armadas? División: _____ Dónde: _____ Cuándo: _____

¿En el Hospital? Razón: _____ Dónde: _____ Cuándo: _____

¿Arrestado? Razón: _____ Dónde: _____ Cuándo: _____

¿En Prisión? Razón: _____ Dónde: _____ Cuándo: _____

21. ¿El padre/madre ausente está recibiendo, o alguna vez ha recibido?

Asistencia en Efectivo SSI Medicaid Cupones para Alimentos Seguro Social UIB

Pensión (explique) _____

Beneficios por Incapacidad (explique) _____

Compensación al Trabajador (explique) _____

22. ¿Tiene el padre/madre una licencia de conducir?

No Sí, ¿En cuál Estado? _____

23. ¿Tiene el padre/madre ausente uno de los siguientes?

A. ¿Un auto, camión o motocicleta? ¿Un bote? Especifique: año y marca _____

B. ¿Una casa? ¿Una casa de vacaciones?

¿Dónde? _____
Ciudad Condado Estado País

C. ¿Póliza de seguro de vida? Nombre de la compañía del seguro: _____ # de póliza _____

D. ¿Otras posesiones? Especifique _____

24. Cuáles son los nombres y direcciones de los parientes y amigos del padre/madre ausente?

NOMBRE	RELACIÓN	DIRECCIÓN Y TELÉFONO

25. ¿Paga o recibe usted Asistencia en Efectivo (Cash Assistance) de cualquiera de los siguientes:

A. ¿Gastos para el Cuidado de Infantil para el/los niño(s) del padre/madre ausente?

No Sí (de ser "Sí", provea la información solicitada abajo)

Nombre y dirección del proveedor de cuidado para niños: _____

Número del Seguro Social del proveedor(a): _____ \$ cantidad pagada _____
por _____ (semana/mes)

Pasaje de Auto _____ \$ cantidad _____ por _____ (semana/mes)

B. ¿Gastos para Educación Especial para el/los niño(s) del padre/madre ausente?

No Sí (de ser "Sí", provea la información solicitada abajo)

\$ cantidad pagada _____ por _____ ¿a quién? _____
(semana/mes)

¿para qué propósito? _____ ¿para qué niño(s)? _____

C. ¿Gastos especiales de salud para el/los niño(s) del padre/madre ausente?

No Sí (de ser "Sí", provea la información solicitada abajo)

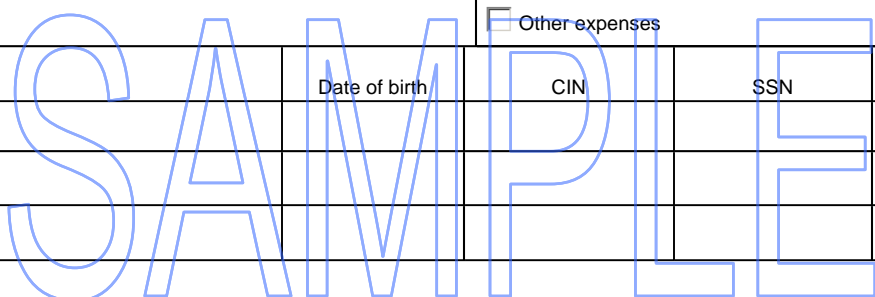
\$ cantidad pagada _____ por _____ ¿a quién? _____
(semana/mes)

¿para qué niño(s)? _____

Describa el tipo de gasto: _____

D. Otros gastos (especifique) \$ cantidad pagada _____ por _____
(semana/mes)

For Office Use – To be Completed by Worker											
1. From Ctr. _____ PPL UC FFR			Absent Parent (AP) is: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Known			2. To OCSE: _____ Borough Office					
3. Case Name: Last First MI				4. Relationship to Children:		5. Absent parent's name: Last First MI					
6. AP Relationship to Applicant		7. Cat./Case No:	8. Applicant's CIN:		9. Date referred:	10. Applicant's SSN:		11. Applicant's DOB:			
12. Applicant's complete street address (including apt. number, city, zip code):						13. Applicant's day time telephone number::					
14. AP's SSN:	15. AP's DOB:	16. AP's Mother's maiden name:		17. AP's Father's name:		18. AP's place of birth:					
19. Absent parent's employer (name of company and address, including city and state):					20. AP's phone number:						
21. AP's complete home address (apt., city, state, zip code):					22. AP provides or is under: Check applicable box(es): <input type="checkbox"/> Current court order <input type="checkbox"/> Direct voluntary agreement <input type="checkbox"/> Pays Applicant's excess rent <input type="checkbox"/> Tuition <input type="checkbox"/> Other expenses						
23. Name of children			Date of birth		CIN		SSN		Sex M F	Wedlock In Out	



Prepared by _____ Section _____ Date _____

Include in CA Application Kit

Your Interview with the Office of Child Support Enforcement

Responsibilities of Applicants for Cash Assistance

When you report to the Office of Child Support Enforcement,
bring the items listed below:

- Completed form M-384K, "Absent Parent Questionnaire"
- Form M-384, "Letter of Introduction to OCSE"
- Social Security number(s) of absent parent(s)
- Name and address of absent parent's employer
- Birth certificates for children
- Marriage certificate, if applicable
- Divorce or separation papers, if applicable
- Family Court papers, if applicable
- Verification of death of absent parent, if applicable
- The telephone, gas, or electric bill of absent parent(s)

Note: If possible, bring the absent parent with you to the interview. He/she should bring proof of current address.

Su entrevista con la Oficina de Aplicación de Manutención de Niños

Responsabilidades de los Solicitantes de Asistencia en Efectivo

Cuando usted se presente en la Oficina de Aplicación de Manutención de Niños, traiga consigo los siguientes artículos:

- **Formulario M-384k (S) "Cuestionario para el/la Padre/Madre Ausente" ("Absent Parent Questionnaire") totalmente llenado**
- **Formulario M-384, "La Carta de Presentación" ("The Letter of Introduction")**
- **Número(s) del Seguro Social del padre/madre ausente(s)**
- **Nombre y dirección del empleador del padre/madre ausente**
- **Certificado de nacimiento de los niño**
- **Certificado de matrimonio, si corresponde**
- **Documentos de divorcio o de separación, si corresponde**
- **Documentos del Tribunal Familiar, si corresponde**
- **Comprobante de la muerte del padre/madre ausente, si corresponde**
- **Cuenta de teléfono, gas, o electricidad del padre/madre ausente(s)**

**Nota: si es posible, traiga al padre/madre ausente consigo a la entrevista.
Él/Ella debe traer prueba de su dirección actual.**

Child Care Guarantee Informational

This is to notify you that there has been a change in law that allows more **working** families to receive a guarantee of child care. You may decide that, instead of receiving Cash Assistance (CA), what you really need is help paying for child care. **Families who are applying for and are found eligible for, or are receiving, CA and need child care in order to work**, may be eligible for a child care guarantee for working families. A child care guarantee means that if you meet the eligibility requirements, the social services district must pay an eligible child care provider for your child care. **This guarantee applies only to the hours you are working and a reasonable amount of time for you to get to and from work to your child care provider.**

Who is eligible?

You are eligible for this guarantee if you are applying for and found eligible for CA and choose child care instead of CA, or if you are receiving CA and ask that your CA case be closed, and:

- You are earning at least minimum wage or are employed in a job where minimum wage is made by the combination of gross earnings and tips, or you are self-employed; **AND**
- Your gross earnings are equal to or greater than the amounts listed below; **OR**
- If you are employed in a job exempt from minimum wage rules and you are earning less than minimum wage, you work the minimum number of hours listed below.

What if I am earning at least minimum wage (\$7.15 per hour), am I eligible?

If you are earning at least minimum wage and are a single parent, you must have gross earnings of at least \$125 per week or \$542 per month. If you are a two-parent family, you both must work and have a combined gross earnings of at least \$179 per week or \$774 per month.

What if I am self-employed?

If you are self-employed and are a single parent, you must have gross receipts less allowable deductions of at least \$125 per week or \$542 per month. If you are a two-parent family, you both must be employed and if self-employed have combined gross receipts less allowable deductions of \$179 per week or \$774 per month. If one parent is not self-employed, gross earnings apply.

What if my earned income falls below any of the above amounts?

If your gross earnings fall below the above amounts, you will no longer be eligible for this guarantee. If this happens, you may want to ask your Worker if you are eligible for child care under another program.

What if my job doesn't pay minimum wage?

If your employer is not required to pay minimum wage and you are earning less than \$7.15 per hour, you must be working at least 17.5 hours per week if you are a single parent or have a combined total of at least 25 hours per week if you are a two-parent household with both parents working.

What if my work hours drop below these amounts?

If you are earning less than minimum wage and your hours drop below the above amounts, you will not be eligible for the guarantee.

What if my income or hours of work change all of the time?

If your hours of work or earnings are constantly changing we will look at an average amount of hours and income that occurs over a period of three to six months. As long as the average number of hours or income meets the minimum described above, you will still be eligible.

What happens when my income rises above the amount that I would be eligible for CA?

Once your family income is at or above the amount that would allow you to remain eligible for CA but is at or below 200% of the State Income Standards, you may be eligible for transitional child care.

What if I am working and going to school?

The guarantee applies only to the hours that you are working and a reasonable amount of time for you to get to and from work from your child care provider. You also may be eligible for child care for the hours that you are in school. If you need child care in order to go to school, you should discuss this with your Worker.

Are all of my children eligible for the child care guarantee?

Any child under the age of 13 is covered by the guarantee. If you have older children with special needs who need child care, they may be eligible under a different child care program. You should let your Worker know about any of your children that have special needs.

Is there anything else I need to do to be eligible?

If there is an absent parent you must either receive a court-ordered child support; or you must be actively pursuing child support through the Child Support Enforcement Unit; or you must be trying to get child support through other legal means; or you must receive a good cause exception from actively seeking child support.

What if I am worried that, if I go after child support, my partner may harm me or my child?

You should discuss your situation with your Worker. Your Worker will determine whether you should receive a good cause exception from actively pursuing child support. You may be asked to provide hospital or police reports or statements from family, friends or neighbors who are aware of your situation.

If I had a Domestic Violence (DV) waiver while I was receiving CA doesn't that demonstrate good cause not to pursue child support?

If you can show your Worker a DV waiver dated within the last 12 months, the DV waiver demonstrates good cause. If your DV waiver is older than 12 months, you should discuss your situation with your Worker so he or she can determine if you have good cause not to pursue child support.

Does my eligibility for this child care guarantee have a time limit like the 60-month time limit for CA?

No, your child care benefits under this guarantee are not limited to 60 months. You can continue to receive child care benefits for as long as you are eligible.

Why don't I have a child care guarantee while I am on CA?

Actually, you do. CA participants who are participating as required in work activities also have a child care guarantee as long as they meet certain requirements. However, the child care in lieu of CA guarantee discussed in this letter allows you to receive the same guarantee of child care without having to remain on CA.

If I decide all I really need is child care, how do I apply for the child care guarantee?

If you are eligible for CA and decide that all you really need is child care, your Worker can tell you how to apply for the child care guarantee. If you are already receiving CA and are otherwise eligible for the program, you will need to close your CA case in order to get this guarantee.

Will all of my child care be paid?

If you choose to receive child care assistance instead of receiving CA and child care, you will have to pay part of your child care costs. This is called your family share. Additionally, if your provider charges above the market rate, you will need to pay the amount that your provider charges above the market rate.

Who can care for my child?

You can choose any eligible child care provider. This may be a licensed or registered day care center, family or group family day care home, or school-age child care program. You can also choose a relative, neighbor, or friend. If you want a relative, neighbor, or friend to care for your child, he or she will need to meet certain eligibility requirements and enroll with a legally-exempt caregiver enrollment agency. Ask your Worker for the enrollment forms.

What if I change my mind and decide that I need CA as well as child care?

You can still apply for CA at any time. If you are found eligible for CA, you may still be eligible for child care.

What about other benefits like Food Stamps and Medical Assistance?

Your Food Stamp eligibility will not be affected if you request child care instead of CA.

If you are applying for Medical Assistance and you choose to receive child care instead of CA, your application will be referred to the Medicaid program for a separate determination. If you are currently receiving Medicaid and request that your CA case be closed, your Medicaid will continue unchanged until Medicaid can complete a separate determination.

What if I have any questions about this letter?

You can contact your Worker.

SAMPLE

Información Sobre Garantía de Cuidado Infantil

Por el presente le informamos de que ha habido un cambio en la ley que permite a más familias **que trabajan** recibir una garantía de cuidado infantil. Usted puede decidir que en lugar de Asistencia en Efectivo (Cash Assistance – CA), lo que realmente necesita es ayuda para pagar el cuidado infantil. **Las familias que estén solicitando, que sean elegibles para, o que estén recibiendo Asistencia en Efectivo, y que necesiten cuidado infantil para poder trabajar**, pueden ser elegibles para una garantía de cuidado infantil para las familias que trabajan. La garantía de cuidado infantil significa que si usted reúne los requisitos de elegibilidad, el distrito de servicios sociales tendrá que pagar los servicios de un proveedor que reúna las condiciones de cuidado infantil para sus hijos. **Esta garantía sólo cubre las horas en que usted está trabajando y un tiempo razonable para ir al trabajo y volver al local del proveedor de cuidado infantil.**

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para esta garantía si está solicitando y es elegible para Asistencia en Efectivo y elige cuidado de infantil en lugar de Asistencia en Efectivo, o si está recibiendo Asistencia en Efectivo y solicita el cierre de su caso de Asistencia en Efectivo, y si:

- Usted gana por lo menos el salario mínimo o está empleado en un trabajo en el cual, tomando en cuenta, el ingreso bruto más las propinas, usted gana el salario mínimo; o usted trabaja por cuenta propia; **Y**
- Su ingreso bruto equivale a o es mayor que las cantidades indicadas más abajo; **O**
- Si usted está empleado en un trabajo exento de las disposiciones sobre salario mínimo y gana menos del salario mínimo, usted trabaja la cantidad mínima de horas indicadas más abajo.

¿Qué tal si gano por lo menos el salario mínimo (\$7.15 por hora), soy elegible?

Si usted gana por lo menos el salario mínimo y es padre o madre soltero(a), debe tener en ingreso bruto de \$125 semanales o \$542 mensuales. Si usted forma parte de un hogar biparental, ambos padres deben trabajar y ganar un ingreso total bruto de \$179 semanales o \$774 mensuales.

¿Qué tal si trabajo por cuenta propia?

Si usted trabaja por cuenta propia y es padre o madre soltero(a), debe ganar, menos las deducciones admitidas, un ingreso bruto de al menos \$125 por semana o \$542 por mes. Si integra un hogar con ambos padres, ambos padres deben estar empleados y si trabajan por cuenta propia deben ganar, menos las deducciones admitidas, un ingreso total bruto de \$179 semanales o \$774 mensuales. Si uno de los padres no trabaja por cuenta propia, rigen las cantidades de ingreso bruto.

¿Qué tal si mi ingreso salarial se reduce y resulta inferior a las cantidades indicadas más arriba?

Si su ingreso bruto se reduce por debajo de las cantidades indicadas más arriba, usted deja de ser elegible para esta garantía. En tal caso, puede consultar con su Trabajador para averiguar si usted es elegible para cuidado infantil conforme a otro programa.

¿Qué tal si en mi empleo no pagan el salario mínimo?

Si su empleador no está obligado a pagar el salario mínimo y usted gana menos de \$7.15 por hora, debe estar trabajando, por lo menos 17.5 horas semanales si es padre o madre soltero(a) o un total de 25 horas semanales entre ambos padres, si forma parte de un hogar biparental y los dos trabajan.

¿Qué tal si mi horario de trabajo se reduce por debajo de las horas de indicadas?

Si usted gana menos del salario mínimo y su horario de trabajo se reduce por debajo de las horas indicadas, usted no es elegible para esta garantía.

¿Qué tal si mis ingresos u horas de trabajo cambian constantemente?

Si su horario de trabajo o sus ingresos cambian constantemente, tendremos en cuenta el promedio de horas e ingresos de un período de tres a seis meses. Mientras el promedio de horas o ingresos cumpla con las cantidades mínimas señaladas más arriba, usted será elegible.

¿Qué tal si mis ingresos aumentan por encima de la cantidad a la cual sería elegible para Asistencia en Efectivo?

Una vez que los ingresos familiares igualen o superen la cantidad que le permitiría ser elegible para Asistencia en Efectivo, pero equivalgan o sean inferiores al 200% del Estándar Estatal de Ingresos, usted puede ser elegible para beneficios de cuidado infantil transitorio.

¿Qué tal si trabajo y estudio?

Esta garantía sólo cubre las horas en las que usted está trabajando y un tiempo razonable que le permita ir al trabajo desde el local del proveedor de cuidado infantil y del trabajo de vuelta al local del proveedor. Además usted podría ser elegible para cuidado infantil durante las horas que usted asiste a la escuela. Si necesita cuidado infantil para asistir a la escuela, debe discutir el tema con su Trabajador.

¿Son todos mis hijos elegibles para la garantía de cuidado infantil?

La garantía cubre a todos los niños menores de 13 años de edad. Si tiene hijos mayores de 13 años de edad con necesidades especiales que necesiten cuidado infantil, pueden ser elegibles para un programa distinto de cuidado infantil. Debe informarle a su Trabajador sobre cualquiera de sus niños que tengan necesidades especiales.

¿Debo hacer algo más para ser elegible?

Si hay un padre/madre ausente, usted debe obtener una orden judicial de manutención de niños o debe procurar activamente manutención de niños por medio de la Unidad de Ejecución de Manutención de Niños; o debe estar tramitando la manutención de niños por otra vía legal; o debe obtener una exención por causa justificada que le exima de procurar activamente la manutención de niños.

¿Qué tal si temo que si procuro obtener manutención de niños mi pareja pueda hacernos daño a mí o a mi hijo(a)?

Debe discutir su situación con su Trabajador, quien determinará si usted debe obtener una exención por causa justificada que lo exima de procurar activamente manutención de niños. Es posible que tenga que presentar antecedentes hospitalarios o policiales, o certificaciones de familiares, amigos o vecinos que conozcan su situación.

¿Si yo tenía una dispensa por Violencia Doméstica (DV) mientras recibía Asistencia en Efectivo, no es ello prueba de causa justificada de no procurar activamente manutención de niños?

Si puede mostrarle a su Trabajador una dispensa por violencia doméstica, fechada en los últimos 12 meses, dicha dispensa demuestra causa justificada. Si su dispensa por violencia doméstica tiene más de 12 meses, debe discutir su situación con su Trabajador para que él/ella pueda determinar si usted tiene causa justificada de no procurar manutención de niños.

¿Tiene límite de tiempo mi elegibilidad para esta garantía de cuidado infantil como el límite de 60 meses para Asistencia en Efectivo?

No, sus beneficios de cuidado infantil bajo esta garantía no se limitan a 60 meses. Usted puede seguir recibiendo los beneficios de cuidado infantil siempre y cuando sea elegible.

¿Por qué no tengo una garantía de cuidado infantil mientras recibo Asistencia en Efectivo?

En realidad, sí la tiene. Los participantes de Asistencia en Efectivo que participan como debido en actividades laborales también tienen una garantía de cuidado infantil siempre que cumplan con ciertos requisitos. Sin embargo, la garantía de cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo analizada en esta carta le permite recibir la misma garantía de cuidado infantil sin tener que permanecer en Asistencia en Efectivo.

Si decido que lo único que realmente necesito es cuidado infantil, ¿cómo solicito la garantía de cuidado infantil?

Si usted es elegible para recibir Asistencia en Efectivo y decide que lo único que necesita es cuidado infantil, su Trabajador le puede decir cómo solicitar la garantía de cuidado infantil. Si usted ya está recibiendo Asistencia en Efectivo y es por lo demás elegible para el programa, usted tendrá que cerrar su caso de Asistencia en Efectivo para poder obtener esta garantía.

¿Se pagará todo mi cuidado infantil?

Si decide recibir ayuda para cuidado infantil en lugar de recibir Asistencia en Efectivo y cuidado infantil, usted tendrá que pagar parte de los costos del cuidado infantil. Esto se llama porción familiar. Además, si su proveedor cobra por encima de la tarifa de mercado, usted tendrá que pagar la cantidad que su proveedor cobra por encima de la tarifa de mercado.

¿Quién puede cuidar a mi hijo(a)?

Usted podría elegir cualquier proveedor elegible de cuidado infantil. Puede ser una guardería, hogar individual o de grupo para cuidado infantil o programa de guardería escolar con licencia o registrados. También puede optar por un familiar, vecino o amigo. Si usted opta por un familiar, vecino o amigo para que cuide a su hijo(a), dicha persona tendrá que satisfacer ciertos requisitos de elegibilidad e inscribirse en una agencia de proveedores legalmente exentos. Pídale a su Trabajador los formularios de inscripción.

¿Qué tal si cambio de parecer y decido que además de cuidado infantil necesito Asistencia en Efectivo?

En tal caso aún puede solicitar Asistencia en Efectivo en cualquier momento. Si se determina que usted es elegible para Asistencia en Efectivo, aún puede ser elegible para cuidado infantil.

¿Qué tal de los otros beneficios como Cupones para Alimentos y Asistencia Médica?

Su elegibilidad para Cupones para Alimentos no se verá afectada si usted solicita cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo.

Si usted solicita Asistencia Médica y opta por recibir cuidado infantil en lugar de Asistencia en Efectivo, su solicitud será trasladada al programa Medicaid para una determinación por separado. Si actualmente está recibiendo Medicaid y solicita que se cierre su caso de Asistencia en Efectivo, sus beneficios de Medicaid continuarán sin cambios hasta que Medicaid pueda llevar a cabo una determinación por separado.

¿Qué tal si tengo alguna pregunta sobre esta carta?

Puede comunicarse con su Trabajador.

Attention: Applicants/Participants

If you are a single parent or caretaker relative of a dependent child, you may have an opportunity to participate in a range of work activities including work experience, job search, and education or training programs.

انتباه: مقدمي الطلبات / المشتركين (Arabic)

إذا كنت والداً (أو والدّة) تربي أطفالك لوحدهك أو قريباً حاضناً لطفل معال، فيمكن أن يكون لديك فرصة الاشتراك في عدد من نشاطات العمل بما فيها برامج خبرة العمل، أو البحث عن عمل، أو البرامج التعليمية أو التدريبية.

注意：申請人/參與人 (Chinese)

如果您是單親家長或照顧被撫養兒童的親屬，您可能有機會參與一系列工作活動，包括各種工作體驗、求職以及教育或訓練計劃。

Atansyon: Aplikan/Patisipan (Haitian Creole)

Si ou se yon paran ki pa marye oswa yon fanmi kap okipe yon timoun ki depandan, ou ka genyen yon opòtinite pou w patisipe nan yon seri aktivite travay tankou eksperyans pwofesyonèl, chèche travay, epi pwogram edikasyon oswa fòmasyon.

À l'attention des demandeurs et des participants (French)

Si vous êtes parent sans conjoint ou membre de la famille ayant la garde d'un enfant à charge, vous pouvez avoir l'occasion de participer à un éventail d'activités professionnelles comprenant les programmes d'expérience professionnelle, de recherche d'emploi, d'éducation ou de formation.

주의: 신청자/참여자 (Korean)

귀하가 편모 또는 편부이거나 부양 아동을 돌보는 친척인 경우, 근로 경험, 구직 및 교육이나 훈련 프로그램 등 다양한 근로활동에 참여할 기회를 갖게 될 수 있습니다.

Вниманию заявителей и участников (Russian)

Если Вы являетесь родителем-одиночкой или родственником ребёнка-иждивенца, осуществляющим уход и присмотр за ним, Вам может быть предоставлена возможность участия в различных видах трудовой деятельности, в том числе в подготовке к трудоустройству (трудоустройство), поиске работы и программах профессионального и общеобразовательного обучения.

Atención: Solicitantes/Participantes (Spanish)

Si usted es padre o madre soltero(a) o pariente tutor de algún niño que dependa de usted, puede tener la oportunidad de participar en una variedad de actividades de trabajo incluyendo experiencia laboral, búsqueda de empleo, y programas de educación o de capacitación.

Chuù yù: Ngöôoi Ghi Danh/Ngöôoi Tham Gia (Vietnamese)

Neáu laø cha/mei ñôn chieác hay ngöôoi hoï haøng lo cho treù em thuoaïc quyeàn, quyù vò coù theá tham gia vaøo moät soá hoaït ñöông veà vieác laøm goàm coù hoïc hoïi laøm vieác, tìm vieác laøm vaø theo caùc chöông trình giaò duïc hay huaán luyeãn.

אנטײלנעמער/אפליקאנטן: אכטונג (Yiddish)

געלעגנהייט א האבן איר קענט, קינד אפהענגיק אן אויף אכט גיט וואס קרוב א אדער מוטער/פאטער איינצעלנער אן זענט איר אויב טרעינירונג אדער ערציונג און, ארבעט זוכן, ערפארונג ארבעט אריינגערעכנט אקטיוויטעטן ארבעט פארשידענע אין אנטײלצונעמען פראגראמען.

Important: Using Common Benefit Identification Cards (CBIC) for Medical Services

Please read the information below for an explanation of your responsibilities as a Medicaid participant when using your CBIC card for medical services.

- You **can** use your CBIC when you need medical services from any provider who accepts Medicaid and if those services are covered by Medicaid. **You will need your CBIC for certain Medicaid-covered services (such as pharmacy) even if you join a Medicaid Managed Care Plan. Use your Plan card when you need Plan services.**
- Keep your CBIC and Plan cards in a safe place.
- The CBIC is for your use only. That is why your name, and in some cases your picture, is on it. No one else may use it. If anyone asks to borrow, buy or rent your CBIC card, call the Medicaid Fraud Hotline at **(212) 274-5030**. You do not have to give your name. Any information you give is confidential.

Do not:

- Lend your CBIC or your child's Medicaid card to anyone else.
- Sell your CBIC. Do not give your card to someone for money, services, or anything else.

If we find out that you loaned or sold your CBIC, your Medicaid benefits may be reduced and we may refer this matter to the District Attorney.

We also want to inform you that New York State law makes it a crime to:

- Obtain prescription drugs and medical supplies with a prescription not written by a medical doctor or other person authorized to issue a prescription.
- Sell prescription drugs without a license. Only a licensed pharmacist may sell prescription drugs.

If you know of anyone who needs Medicaid, tell them to call the HRA InfoLine at **(877) 472-8411** for the address of a Medicaid office.

Importante: Cómo Usar las Tarjetas de Identificación de Beneficios en Común (CBIC) para Servicios Médicos

Por favor lea abajo la información para una explicación sobre sus responsabilidades como beneficiario de Medicaid en el uso de su tarjeta CBIC para servicios médicos.

- Usted **puede** usar su tarjeta de CBIC cuando necesite servicios médicos cubiertos por Medicaid de cualquier proveedor que acepte Medicaid. **También la necesita para obtener otros servicios cubiertos por Medicaid (tal como farmacia) aunque usted se inscriba en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid. Use su tarjeta del Plan cuando necesite servicios del Plan.**
- Mantenga sus tarjetas de CBIC y del Plan en un lugar seguro.
- La tarjeta de CBIC es para su uso solamente. Por eso es que su nombre y, en algunos casos su fotografía, aparecen en su tarjeta. Nadie más puede usarla. Si alguien le pide prestar, comprar, o arrendar su tarjeta de CBIC, llame a la Línea de Fraude de Medicaid (Medicaid Fraud Hotline) al **(212) 274-5030**. Usted no tiene que dar su nombre. Cualquier información que nos brinde no será divulgada a nadie más.

Usted no puede:

- Prestar su tarjeta de CBIC o la tarjeta de su niño a ninguna otra persona.
- Vender su tarjeta de CBIC. No le de su tarjeta a alguien por dinero, servicios, o cualquier otra cosa.

Si nosotros nos enteramos que usted ha prestado o vendido su tarjeta de CBIC, se le pueden reducir sus beneficios de Medicaid y podemos referir este asunto al Fiscal del Distrito.

Nosotros también queremos informarle que conforme a las leyes del estado de New York se considera un crimen el:

- Obtener drogas recetadas y provisiones médicas con recetas no escritas por un doctor de medicina u otra persona autorizada a formular recetas.
- Vender drogas recetadas sin licencia. Solamente un farmacéutico licenciado puede vender drogas recetadas.

Si usted sabe de alguien que necesite Medicaid, dígame que llamen al HRA InfoLine al **(877) 472-8411** para la dirección de una oficina de Medicaid.

CASH ASSISTANCE ADDITIONAL ALLOWANCES

You may be eligible for an additional cash grant if someone is added to your budget or to meet certain special needs.
DO ANY OF THESE SITUATIONS APPLY TO YOU?

ADDITIONAL HOUSEHOLD MEMBER	WORK ACTIVITY-RELATED SUPPORTIVE SERVICES
<p>If you have a new baby, or a child or adult has recently moved into your household, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • additional Cash Assistance for food, rent and other needs • additional Food Stamps 	<p>If you participate in work-related activities approved by us, you may be eligible for supportive services such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • child care allowance within approved limits, if needed • necessary public transportation • clothing for participants in job search who have exceptional circumstances, such as homelessness or a recent fire, and lack appropriate clothing • activity/engagement-related licensing, uniform or durable goods fees, within approved limits, upon submission of documentation certifying the need for such items <p>Necessary supportive services will be provided when you begin a work activity. If your need changes or you are not receiving a needed service, apply to your Job Center for an additional allowance.</p> <p>WEP agencies and/or contractors are responsible for providing necessary safety equipment or job-related clothing for their participants.</p> <p>Other services and help are available, such as counseling for crisis intervention, drug and alcohol abuse, life and parenting skills and day care for incapacitated adults. For more information, contact your Worker.</p>
NEED EXTRA MONEY FOR FOOD	
<p>If you cannot prepare meals in your own home because your oven, stove or refrigerator doesn't work, or you live in a residence without cooking facilities, or you are very sick, you may be eligible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a restaurant allowance or • an allowance for home-delivered meals 	
HOUSING AND SHELTER-RELATED NEEDS	PREGNANCY
<p>Back rent to prevent your eviction</p> <p>Back mortgage and/or property taxes to prevent foreclosure</p> <p>Payment to maintain or restore utility service(s)</p> <p>A semimonthly heating fuel allowance if your heating costs are not included in your rent</p> <p>Additional allowance for fuel</p> <p>Payment for home repairs if we decide the repairs are necessary to your health and safety or if the property must be repaired to remain income-producing</p> <p>Payment to repair, or in some cases replace, essential household items that you own, such as heating equipment, stove or refrigerator</p> <p>Money to buy essential household furnishings and items if:</p> <ul style="list-style-type: none"> • you are moving from a hotel or motel to permanent housing that is unfurnished • you live by yourself and have been discharged from an institution and cannot find furnished accommodations • a family member has returned home after discharge from foster care or an institution • it is necessary for your health and safety that you be rehoused in unfurnished accommodations <p>If you must move, you may be eligible for payment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moving expenses • security deposit/agreement • broker's fees/voucher • storage of furniture and personal belongings 	<p>If you provide medical documentation showing the date your baby is due and you are at least four (4) months pregnant, you will be eligible for an additional \$50 per month in your grant.</p>
	CATASTROPHIC LOSS
	<p>If you recently lost your furniture or clothing in a fire, flood or other catastrophe, you may be eligible for an allowance to replace these items.</p>
	CAMP FEES
	<p>When funds cannot be obtained from other sources, you may be eligible for an allowance for camp fees for children.</p>
	BURIAL ALLOWANCE
	<p>If burial costs do not exceed \$1,400, not including cemetery plot or cremation costs, apply at the Burial Claims Unit within 60 days of death:</p> <p style="margin-left: 20px;">151 Lawrence Street 5th Floor Brooklyn, NY 11201</p> <p>You may be eligible to receive a burial benefit of \$800.</p>

HOW TO REQUEST ADDITIONAL ASSISTANCE

You can add someone to your budget or request a special needs allowance in four ways – in person at the Center, by telephone, by mail or by fax. You may need to contact another designated office to receive certain benefits.

If you go to your Job Center to see your Worker, you will be seen the same day. A designated Worker will help you with the request form. If you cannot wait to see a designated Worker you can get a request form from the receptionist; complete the form and leave it with the receptionist, who will give you a dated copy. Or you can take the form home and mail the completed form to the Worker. If you make a request in person, the Worker may also give you a form listing documents you will have to bring to prove need.

If you make your request by telephone or mail, the Worker will send you a filled-out copy of the request form and a list of documents you will have to provide to prove the need for your request.

If you need help in obtaining documents, tell the Worker and he or she will help you. If you need more time to get documents, explain that to the Worker before the deadline for submitting your documentation.

If you want to have a person 18 years of age or older added to your budget, that person will have to go in to the Job Center to apply in person.

The Worker will determine if you can have a person added to your budget or are eligible for a special allowance. The Worker will send you a notice informing you of the decision. If your request is denied, the notice will inform you of the reason for the denial. The Worker must make a decision within 30 days from the date of your request, or sooner, to address an emergency situation.

If you think our decision was wrong, you can ask for a review of our decision. We will correct our mistakes. You can do both 1 and 2: 1. Ask for a meeting (conference); 2. Ask for a State Fair Hearing with a State hearing officer.

1. Conference (informal meeting with us): If you think our decision was wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a meeting. To do this, call your Center and tell the receptionist that you want an Agency conference. If you do not know the main telephone number for your Center, you can call the HRA Information line to find out the correct number to call. The HRA Information line telephone number is (877) 472-8411. Sometimes a conference is the fastest way to solve any problem you may have. We encourage you to do this even when you have asked for a Fair Hearing.

2. Fair Hearing: You may request a State Fair Hearing in writing, by telephone, by fax, in person or online.

Write: Mail a letter to Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930 (Please keep a copy for yourself.)

Telephone: Call (800) 342-3334

Fax: Fax a letter to (518) 473-6735

In Person: Go to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance at 14 Boerum Place, Brooklyn or 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan

Online: Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

ASIGNACIONES ADICIONALES DE ASISTENCIA EN EFECTIVO

Usted podría ser elegible para una concesión adicional de dinero en efectivo si se añade alguien a su presupuesto o para cubrir ciertas necesidades especiales.

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES LE CORRESPONDE A USTED?

MIEMBRO ADICIONAL EN EL HOGAR	SERVICIOS DE APOYO RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE TRABAJO
<p>Si usted tiene un recién nacido o si un niño o un adulto se ha mudado recientemente a su hogar, usted podría tener derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asistencia en Efectivo adicional para comida, alquiler y otras necesidades Cupones para Alimentos adicionales 	<p>Si usted participa en actividades de trabajo aprobadas por nosotros, podría ser elegible para servicios de apoyo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> asignación para poder ser elegible para cuidado infantil dentro de los límites aprobados, de ser necesario transporte público necesario ropa para participantes en búsqueda de trabajo en circunstancias fuera de lo común, como desamparo o incendio reciente y falta de ropa adecuada licenciatura relacionada con actividades/participación, cuotas de uniformes o de bienes duraderos, dentro de los límites aprobados, tras la presentación de documentación que certifique la necesidad de tales artículos <p>Se le brindaran los servicios de apoyo necesarios al usted comenzar una actividad de trabajo. Si su necesidad cambia o si no recibe un servicio necesario, solicite una asignación adicional en su Centro de Trabajo.</p> <p>Las agencias de WEP y/o sus contratistas tienen la responsabilidad de proveer equipo de seguridad o ropa relacionada con el trabajo para sus participantes.</p> <p>Otros servicios y ayuda están disponibles, como asesoría de intervención en caso de crisis, drogadicción y alcoholismo, aptitudes para el diario vivir y aptitudes para la crianza y cuidado para adultos incapacitados durante el día. Para más detalles comuníquese con su Trabajador.</p>
<p>NECESITA DINERO ADICIONAL PARA COMIDA</p> <p>Si usted no puede preparar comidas en su propio hogar porque su horno, estufa o refrigerador no funcionan, o vive en una residencia sin instalaciones de cocina, o está usted muy enfermo podría por derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> una asignación para restaurante o una asignación para comidas entregadas a domicilio 	
<p>NECESIDADES RELATIVAS PARA LA VIVIENDA Y EL ALBERGÚE</p> <p>Pagos de alquiler atrasados para prevenir su desalojo</p> <p>Pagos atrasados hipoteca y/o impuestos a la propiedad inmobiliaria para prevenir el embargo de su hipoteca</p> <p>Pago para mantener o restaurar servicio de electricidad y/o gas</p> <p>Una concesión quincenal de combustible para calefacción o si los costos de calefacción no están incluidos en su alquiler</p> <p>Asignación adicional para combustible</p> <p>Pagos para reparaciones a su hogar si determinamos que dichas reparaciones son necesarias para su salud y seguridad o la propiedad debe ser reparada para continuar produciendo ingresos.</p> <p>Pagos para reparaciones, o en algunos casos, para reemplazar artículos esenciales que usted posee, como equipo de calefacción, estufa o refrigeradora</p> <p>Dinero para comprar inmobiliario y artículos de primera necesidad para el hogar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> usted se está mudando de un hotel o motel a una vivienda permanente que está sin amueblar usted vive solo y ha sido dado de alta por una institución y no puede encontrar alojamiento amueblado un miembro de su familia ha regresado a su casa luego de haber sido dado de alta de un hogar de guarda o de una institución es necesario para su salud y seguridad que se le reinstale en alojamiento sin amueblar <p>Si usted tiene que mudarse, usted podría tener derecho a pagos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> gastos de mudanza depósito de garantía/acuerdo comisión/comprobantes de agentes almacenaje de muebles y efectos personales 	
<p>EMBARAZO</p> <p>Si usted proporciona documentación médica que muestre la fecha de nacimiento proyectada de su bebé, y usted tiene por lo menos cuatro (4) meses de embarazo, tendrá derecho a \$50 adicionales por mes en su concesión.</p> <p>PÉRDIDA CATASTRÓFICA</p> <p>Si recientemente usted ha perdido sus muebles o ropa en un incendio, inundación o en otra catástrofe, puede tener derecho a una asignación para reemplazar esos artículos.</p> <p>CUOTAS DE CAMPAMENTO</p> <p>En caso de que los fondos no puedan obtenerse de otras fuentes, usted podría ser elegible para una asignación para las cuotas de campamento para niños.</p> <p>CONCESIÓN PARA ENTIERRO</p> <p>Si los gastos de entierro no exceden de \$1,400, sin incluir el solar en el cementerio o costos de incineración, preséntese al Burial Claims Unit (Unidad de Reclamaciones de Entierro) dentro de 60 días del fallecimiento:</p> <p>151 Lawrence Street 5to Piso Brooklyn, NY 11201</p> <p>Usted podría ser elegible para un beneficio de entierro de \$800.</p>	

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA ADICIONAL

Usted puede añadir a otra persona a su presupuesto o solicitar una asignación para necesidades especiales de cuatro maneras: en persona en su Centro, por teléfono, por correo o por fax. Puede ser que para recibir cierto tipo de beneficios, tenga que comunicarse con otra oficina designada.

Si usted se presenta a su Centro de Trabajo a reunirse con su Trabajador, se le atenderá ese mismo día. Un Trabajador designado le ayudará con el formulario de solicitud. Si usted no puede esperar para reunirse con un Trabajador designado, puede pedir una solicitud en la recepción, llenarla y dejarla allí mismo, donde se le dará una copia con fecha del mismo día. También puede llevarse el formulario a casa, y después de llenarlo, enviarlo por correo al Trabajador. Si tramita su solicitud en persona, puede que el Trabajador le dé un formulario que lista los documentos que usted tendrá que traer para probar su necesidad.

Si usted presenta su petición por teléfono o por correo, el Trabajador le enviará una copia de su solicitud llenada y una lista de documentos que usted tendrá que proporcionar para probar la necesidad de su petición.

Si necesita ayuda para obtener documentos, comuníquese al Trabajador, para que éste le ayude. Si necesita más tiempo para conseguir los documentos, explíquese al Trabajador antes de la fecha límite de entrega de su documentación.

Si desea añadir a su presupuesto a una persona mayor de 18 años de edad o más, dicha persona tendrá que presentarse al Centro de Trabajo para tramitar su solicitud en persona.

El Trabajador determinará si usted puede añadir a una persona a su presupuesto o si tiene derecho a una asignación especial. El Trabajador le enviará un aviso de la decisión. En caso de ser negada su solicitud, el aviso le indicará la razón por la denegación. El Trabajador debe tomar una decisión a más tardar 30 días a partir de la fecha de su solicitud, o antes de ello, si se presenta alguna emergencia.

Si usted considera que nuestra decisión es errónea, puede solicitar una revisión de la misma. Rectificaremos nuestros errores. Usted puede hacer ambos 1 y 2: 1. Solicite una reunión (conferencia); 2. Solicite una Audiencia Imparcial con un oficial Estatal de audiencias.

1. **CONFERENCIA** (reunión informal con nosotros): Si usted considera que nuestra decisión es errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para programar una reunión. Para ello, llame a la recepción de su Centro y solicite una conferencia con el Facilitador de Audiencias Imparciales del Centro. Si no sabe el número de teléfono principal de su Centro, puede llamar a la Línea de Información de la HRA para conseguirlo. El número de teléfono de la Línea de Información de la HRA es el (877) 472-8411. A veces una conferencia resulta ser el modo más rápido de solucionar cualquier problema que pueda tener. Le recomendamos que solicite una conferencia aun si ha pedido una Audiencia Imparcial.

2. **AUDIENCIA IMPARCIAL**: Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito, por teléfono, por fax, en persona o por Internet.

Escriba: Envíe una carta a Office of Administrative Hearings, NYS Office of Temporary and Disability Assistance, **P.O. Box 1930, Albany, NY 12201-1930** (Favor de guardar una copia para usted.)

Teléfono: Llame al **(800) 342-3334**

Envíe por Fax: Envíe una carta por fax al **(518) 473-6735**

En Persona: Diríjase a la oficina: New York State Office of Temporary and Disability Assistance en el **14 Boerum Place, Brooklyn 0330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**

Por Internet: Llene una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Notice of Benefits and Services Available from the HIV/AIDS Services Administration (HASA)

Please be advised that if you have at any time been diagnosed with clinical/symptomatic HIV illness or with AIDS as defined by the Federal Centers of Disease Control and Prevention or the New York State AIDS Institute, you are eligible for admission into HASA. HASA provides specialized services to individuals and families living with AIDS or advanced HIV illness.

HASA participants may be eligible for the following benefits and services:

- Medically appropriate transitional and permanent housing
- Housing subsidies, including, but not limited to, enhanced rental assistance
- Medical and other health-related services
- Home care
- Homemaking service
- Food stamps
- Transportation and nutrition allowances
- Financial benefits
- Case management
- Information and program referrals on child care options and custody planning, including the availability of standby guardianship
- Referral to legal assistance programs
- Referral to drug treatment programs

Please be advised that HASA is a voluntary social services program. To apply for admission into the HASA Program, you or your representative should call, Monday through Friday from 9:00 AM to 5:00 PM, or write to HASA at:

Human Resources Administration
400 Eighth Avenue
2nd Floor
New York, NY 10001
Telephone (212) 971-0626
Fax (212) 971-0820

Please provide the HASA ServiceLine with your name, Social Security number and medical documentation of your HIV/AIDS status.

All information regarding HIV/AIDS and applicant/participant data is confidential and will not be released without the written consent of the individual.

(vea al dorso)

Include in CA Application/Recertification Kits

Aviso de Beneficios y Servicios de la Administración de Servicios de VIH/SIDA (HASA)

Si usted ha sido diagnosticado en cualquier momento de tener VIH clínico/sintomático o con el SIDA, según los criterios de los Centros Federales de Control y Prevención de Enfermedades o el Instituto de SIDA del Estado de Nueva York, usted es elegible para inscribirse en HASA. HASA brinda servicios para personas y familias con el SIDA o el VIH avanzado.

Los participantes del programa HASA pueden ser elegibles para los beneficios y servicios siguientes:

- vivienda de transición o permanente médicamente apropiada
- subsidios para viviendas, incluyendo, sin limitarse a mejor asistencia de alquiler
- Medicaid y otros servicios relacionados con la salud
- cuidado en el hogar
- servicios de ama de casa
- Cupones para Alimentos
- asignaciones para transporte y alimentos
- beneficios económicos
- administración de casos
- información sobre programas de cuidado infantil y planificación de custodia, incluyendo la disponibilidad de tutela en reserva, y envíos a dichos programas
- envío al programa de asistencia legal
- envío a programas de tratamiento para drogas

HASA es un programa voluntario de servicios sociales. Para solicitar ingreso a HASA usted o su representante debe llamar, de lunes a viernes, de 9:00 AM a 5:00 PM, o escribir al:

Human Resources Administration
400 Eighth Avenue
2do piso
New York, NY 10001
Teléfono (212) 971-0626
Fax (212) 971-0820

Favor de brindar a la Línea de Servicios de HASA (ServiceLine) su nombre, número de Seguro Social y documentación médica sobre su estado de VIH/SIDA.

Toda información relacionada con VIH/SIDA y con datos sobre solicitantes/participantes es confidencial y no será divulgada sin autorización por escrito de la persona correspondiente.

(see reverse)

Include in CA Application/Recertification Kits

Interpretation Services Notice for the Application/Recertification Kits (Insert)

Free interpreter services for limited-English speaking ability applicants/participants and American Sign Language interpreter assistance for Hearing-impaired applicants/participants are available at HRA Offices and Centers. If you would like an interpreter, please go to the reception desk.

إعلان عن توفر خدمات الترجمة الشفهية المتعلقة بشؤون الطلبات و/ أو إعادة التأهيل واللياقة (ملحق)
(Arabic)

خدمات الترجمة الشفهية المجانية متوفرة في مكاتب مصلحة الموارد الإنسانية ومراكزها لمقدمي الطلبات و/ أو المشتركين الذين لديهم قدرة محدودة في تكلم اللغة الإنكليزية؛ كما تتوفر فيها أيضاً، خدمات الترجمة في لغة الإشارة الأمريكية لمساعدة مقدمي الطلبات و/ أو المشتركين الذين يعانون من قلة السمع. إذا كنت بحاجة إلى مترجم، فالرجاء أن تذهب إلى مكتب الاستقبال.

申請/重新證明材料翻譯服務通知 (插卡)
(Chinese)

人力資源管理局 (HRA) 各辦事處和各中心可為講英語有困難的申請人/參與人提供免費翻譯服務，並可為有聽力障礙的申請人/參與人提供免費美國手語翻譯服務。如果您需要翻譯，請告知接待服務台。

Avis des services d'interprétation relatif au matériel de demande/recertification (Encart)
(French)

Des services d'interprétation sont proposés gratuitement dans les centres et les bureaux HRA pour les demandeurs/participants qui ont des difficultés à s'exprimer en anglais. Des services gratuits d'interprétation en langage par les signes sont également disponibles pour les demandeurs/participants malentendants. Si vous souhaitez bénéficier de ces services, veuillez vous adresser à la réception.

Avi sou Sèvis Entèprèt pou Pake Aplikasyon/ Resetifikasyon yo (Ajou)
(Haitian Creole)

Gen sèvis entèprèt gratis pou moun ki ap aplike/patisipe yo ki pa pale twòp angle. Genyen entèprèt Lang Siy Ameriken disponib tou pou ede moun ki ap aplike/patisipe ki soud, nan Biwo ak Sant HRA yo. Si w ta renmen gen yon entèprèt, tanpri ale nan biwo resepsyon an.

신청/자격갱신 수속의 통역 서비스 통지 (삽입)
(Korean)

HRA 사무실과 센터에서는 영어 구사 능력이 부족한 신청자/참가자를 위한 무료 통역 서비스와 청각 장애 신청자/참가자들을 위한 미국 수화 통역사 지원을 이용하실 수 있습니다. 통역사를 원하시면, 접수처로 가십시오.

Уведомление об услугах переводчика для комплектов по подаче заявления и переосвидетельствования (вкладка)
(Russian)

В офисах и центрах ведомства HRA заявителям и участникам программ, не владеющим в достаточной степени английским языком, а также страдающим недостатками слуха, бесплатно предоставляются услуги устных переводчиков и переводчиков с американского языка жестов. Если Вы хотите воспользоваться услугами переводчика, обратитесь к секретарю приёмной.

Aviso de Servicios de Interprete para los Paquetes de Solicitud/Recertificación (Hoja Incluida)
(Spanish)

En las oficinas y centros de HRA hay servicios de intérpretes disponibles gratis para solicitantes/participantes con habilidades limitadas para hablar inglés, y asistencia de intérpretes de la "American Sign Language" para solicitantes/participantes con impedimentos auditivos. Si usted desea un intérprete, favor de ir a la recepción.

Thông Báo về Dịch Vụ Thông Dịch cho Đơn Xin/Tái Chứng Nhận (phụ bản)
(Vietnamese)

Có dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người nộp đơn xin /tham gia không nói rành tiếng Mỹ và thông dịch viên về ngôn ngữ bằng dấu hiệu cho những người nộp đơn xin/tham gia bị lãng tai tại các trung tâm và văn phòng HRA. Nếu muốn có thông dịch viên, xin đến bàn tiếp tân.

דאלמעטשער באדינונגען מעלדונג פאר די ווענדונג/וויידער-באשטעטיקונג פּעק (אריינצולייגן)
(Yiddish)

פרייע דאלמעטשער באדינונגען פאר אפליקאנטען/אנטיילנעמער וועלכע זיינען באגרעניצט מיט די מעגליכקייט צו רעדן ענגליש, און "אמעריקאנער סיין שפראך" דאלמעטשער הילף פאר אפליקאנטען/אנטיילנעמער וואס הערן-נישט-גוט, איז פאראן צו באקומען ביי די HRA אפיסעס און צענטערן. אויב איר ווילט א דאלמעטשער, ביטע גייט צו די אויפנאמע טישל.

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Finger Imaging Notice

This is to inform you that State regulations require all case members 18 years of age and older and minor head of households applying for or in receipt of Cash Assistance, Food Stamps, and/or Medicaid, including applicants for emergency assistance, be finger-imaged. This information will be compared with other active computer files in order to assist in determining your household's eligibility for assistance and to prevent duplicate participation. You should bring a form of identification with you to the Finger Imaging Unit. Failure to comply with the finger-imaging requirement will result in a case denial/closing.

The Automated Finger Imaging System (AFIS) will copy your finger images and take your photograph quickly and easily. These images and photographs will be stored and matched against those of other applicants/participants. At the same time that we finger-image you, we will record your signature electronically so that we can issue you a Common Benefit Identification Card (CBIC). You will need this card to redeem your benefits.

You are exempt from this requirement if you meet any of the following criteria:

- "Payee only" applicants/participants (unless Non Cash Assistance Food Stamp [NCA FS] or Medicaid household member).
- Individuals physically unable to comply with this requirement because of injury or disability. However, if the condition is temporary, an appointment to return for finger-imaging will be made.
- Applicants/participants under 18 years of age unless payees for their own cases or suffixes.
- SSI (F15) or Residential Treatment (F61) case.
- Emergency Assistance to Adults (EAA) household.
- Congregate Care Facility resident.
- Homebound applicant/participant identified with homebound indicator "Y".
- Individuals who are sanctioned, ineligible (such as ineligible aliens) or disqualified (for Food Stamps).

- I agree to be finger-imaged.
- I am exempt from finger-imaging because I met one of the above exemption criteria.
- I do **not** agree to be finger-imaged. By not agreeing to be finger-imaged, you are ineligible to receive Cash Assistance, Food Stamps, and Medicaid. Your case may be rejected or closed as appropriate.
- I do **not** agree to be finger-imaged. By not agreeing to be finger-imaged, you and your entire Food Stamp household will be ineligible to receive Food Stamp Benefits (NCA FS individual).
- I do **not** agree to be finger-imaged. By not agreeing to be finger-imaged, you and your entire Medicaid household (unless there are children up to the age of 19) will be ineligible to receive Medicaid (Medicaid only cases).

Applicant's/Participant's Signature

Date

SAMPLE

Instructions to Morpho

Report to Finger Imaging Unit, _____ Floor Appointment Date: _____ Time: _____ AM PM

Name: _____ Social Security Number: _____

Registry Number/CIN: _____ DOB: _____ Caseload: _____

Sex: Male Female

Exempt from finger-imaging

Finger Imaging Referral Applicant Participant Case Type: _____

Job Center Number: _____ NCA FS Center Number: _____

Medicaid Center Number: _____

Worker's Name: _____ Worker's Telephone Number: _____

Finger Image, Photograph, and Signature

Applicant/Participant imaged under CIN _____ please transfer to CIN _____

Identification Only (Please verify identity)

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Unidad de Casos: _____

Aviso Respecto a Impresiones Digitales

Por el presente se le informa de que los reglamentos Estatales estipulan que a todos los miembros de casos que tengan 18 años de edad o más y menores, jefes de familia se le deben tomar impresiones digitales por computadora si están solicitando o reciben Asistencia en Efectivo, Cupones para Alimentos y/o Medicaid, esto incluye los solicitantes de asistencia para emergencias. La información será comparada a la de otros expedientes computarizados activos para poder determinar si su hogar es elegible para asistencia y también para poder evitar la duplicación de expedientes. Debe traer con usted una prueba de identificación a la Unidad de Impresiones Digitales (Finger Imaging Unit). Si no cumple los requisitos de impresión digital, su caso puede ser cerrado/rechazado.

El Sistema Automatizado de Impresión Digital (Automated Finger Imaging System – AFIS) captará sus impresiones digitales y le tomará su foto de forma rápida y fácil. Estas impresiones digitales y fotografías serán archivadas y cotejadas con las de otros solicitantes/participantes. Al tomar sus impresiones digitales, registraremos electrónicamente su firma de manera que podamos asignarle una Tarjeta de Beneficios en Común (Common Benefit Identification Card – CBIC). Usted necesitará esta tarjeta para cobrar sus beneficios.

Usted está exento de este requisito si reúne cualquiera de los siguientes criterios:

- Solicitantes/participantes que sean "sólo beneficiarios" (a menos que sean miembros del hogar que reciban Medicaid o Cupones para Alimentos sin Asistencia en Efectivo [NCA FS]).
- Personas quienes físicamente no pueden cumplir este requisito debido a una lesión o incapacidad. Sin embargo, si la condición es temporaria, se le programará otra cita para tomarle las impresiones digitales.
- Solicitantes/participantes menores de 18 años de edad, a menos que sean beneficiarios de sus propios casos o sufijos.
- Caso de SSI (F15) o de Tratamiento Residencial (F61).
- Hogar de Asistencia de Emergencia para Adultos (Emergency Assistance to Adults – EAA).
- Residente de Local de Cuidado Colectivo.
- Solicitante/participante confinado al hogar identificado por medio del indicador para confinado al hogar "Y".
- Personas que están sancionadas, son inelegibles (como extranjeros inelegibles) o descalificados (para Cupones para Alimentos).

- Estoy de acuerdo con que se me tomen impresiones digitales.
- Estoy exento(a) de tomarme impresiones digitales, porque cumpla uno de los criterios de exención más arriba.
- No** estoy de acuerdo con que se me tomen impresiones digitales. Al no consentir a que se le tomen impresiones digitales, usted renuncia a su derecho de recibir Asistencia en Efectivo, Cupones para Alimentos y Medicaid. Su caso puede ser rechazado o cerrado si se estima pertinente.
- No** estoy de acuerdo con que se me tomen impresiones digitales. Al no consentir a que se le tomen impresiones digitales, usted y todos los miembros de su hogar que reciban los Cupones para Alimentos renuncian a su derecho de recibir Beneficios de Cupones para Alimentos (persona de NCA FS).
- No** estoy de acuerdo con que se me tomen impresiones digitales. Al no consentir que se le tomen impresiones digitales, usted y todos los miembros de su hogar que reciban Medicaid (a menos que hayan niños de 19 años de edad o menores), renuncian a su derecho de recibir Medicaid (casos con Medicaid solamente).

Firma del Solicitante/Participante _____

Fecha _____

SAMPLE

Instructions to Morpho

Report to Finger Imaging Unit, _____ Floor Appointment Date: _____ Time: _____ AM PM

Name: _____ Social Security Number: _____

Registry Number/CIN: _____ DOB: _____ Caseload: _____

Sex: Male Female

Exempt from finger-imaging

Finger Imaging Referral Applicant Participant Case Type: _____

Job Center Number: _____ NCA FS Center Number: _____

Medicaid Center Number: _____

Worker's Name: _____ Worker's Telephone Number: _____

Finger Image, Photograph, and Signature

Applicant/Participant imaged under CIN _____ please transfer to CIN _____

Identification Only (Please verify identity)

Eligibility Verification Review Questionnaire

Job Center Number: _____

- New
 Reop
 SI Rent
 SI Utility
 Recertification
 Other

This questionnaire is part of a Bureau of Eligibility Verification (BEV) Review, which will help determine your eligibility to receive Cash Assistance. As part of this review, a BEV investigator will visit you at home, if you have a residence. They will show you identification. If you are not at home when the investigators arrives, the investigators will leave a notice on your door advising you that a home visit was attempted. **If you were not at home, you must reschedule a home visit by calling the BEV office** at the telephone number on **page 4** so that arrangements for another visit can be made.

Compliance with the BEV Review is an eligibility requirement. Your failure to cooperate with attempts to gain necessary information or to respond to notices left at your home by BEV investigators may result in the denial of your application. You must provide all the documents you can get and the information needed to help establish your eligibility, but you cannot be denied Cash Assistance due to your inability to get requested documents if your eligibility can otherwise be established. BEV investigators may contact other individuals and organizations to obtain information regarding your eligibility, including residence, income, and resources.

BEV Appointment Date: _____ Time: _____ AM PM

I. Identity Verification

1. _____ M.I.
 Last Name First Name

 Date of Birth Social Security Number
 Place of Birth: City: _____ State: _____ Country: _____

2. Are you now, or have you ever been: Legally married Legally separated Divorced (with judgment)
 Date: _____ City: _____ State: _____ Country: _____

3. Please state name, current address, date of birth, and Social Security number of your spouse, or parent of your child(ren), if any.

_____ Name Date of Birth Social Security Number

 _____ Street (Apt. Number) City and State Zip Code

4. Are there any other persons residing with you? No Yes If Yes, provide the information below.

Name	Age	Relationship to Applicant	Case Number

II. Residence (If you are homeless, check this box and leave questions 5 through 9 blank.)

5. What is your address?

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone Number: _____

6. What type of housing do you live in?

Apartment Room Private House Other (explain): _____

7. How much rent/mortgage do you pay? \$ _____ How often? _____

8. What is the name, address and telephone number of the person to whom you pay rent/mortgage?

Name of Landlord Primary Owner Primary Tenant Bank: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone Number: _____

9. If you are requesting money to avoid an eviction, how much money do you owe? \$ _____

To whom is the money owed? _____

III. Employment

10. Have you been employed within the last 24 months? No Yes

11. What was your last date of employment? _____

12. What is your current or last employer's name and address?

Employer's Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

IV. Past Maintenance

13. How have you supported yourself?

V. Earned Income

14. Do you have earned income? No Yes If, Yes, show source and amount below.

Source	Amount	How Often?
	\$	
	\$	
	\$	

Income

Indicate if you or anyone who lives with you receives money from:	Check <input checked="" type="checkbox"/> No or Yes	If Yes, give amount/value	Name of person who receives the income
Cash Assistance grant	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Unemployment Insurance Benefits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Supplemental Security Income (SSI) benefits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Social Security Disability benefits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Other Social Security benefits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Railroad Retirement benefits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Retirement benefits (pensions)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Veteran's Pensions/benefits/aid and attendance	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
GI Dependency Allotments	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
New York State Disability benefits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Private Disability Insurance – health/accident insurance policy income	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Worker's Compensation	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Educational grants or loans	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Union benefits (including strike benefits)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Rental Income (received)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Contributions/Gifts (received)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Loans (received)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Alimony/Support (received)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
No Fault Insurance benefits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Dividends/Interest from stocks, bonds, savings, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Other Income (specify below)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	

Resources

Indicate if you or anyone who lives with you has:	Check <input checked="" type="checkbox"/> No or Yes	If Yes, give amount/value	Name of person who receives the income
Cash on hand	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Checking Accounts	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Savings Account(s) or C.D.(s) (certificate[s] of deposit)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
"In Trust" or P.A.S.S. Account(s)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Savings Bonds	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Life Insurance	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Burial Trust/burial fund	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Burial space	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
IRA, KEOGH, 401k, or Deferred Compensation	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Annuity	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Indicate if you or anyone who lives with you:			
Owens a home	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Is named the beneficiary of a trust	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Is expected to receive a trust fund, lawsuit settlement, inheritance, or income from any other sources	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Is eligible for an income tax refund	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Has a Safe Deposit Box	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Owens real estate, including income-producing and non-income producing property (e.g., vacation home)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Owens motor vehicles or other vehicles (specify): Year: _____ Make: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	
Including your spouse, even if not applying or living with you, sold/transferred/given away any cash, real estate, or personal property in the past 36 months	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$	

Applicant's Signature: _____ Date: _____

Worker's Signature: _____ Group: _____

Center: _____ Telephone Number: _____ Fax Number: _____

Cuestionario de Revisión de Verificación de Elegibilidad

Número de Centro Trabajo: _____

New
 Reop
 SI Rent
 SI Utility
 Recertification
 Other

Este cuestionario es parte de una Revisión para la Oficina de Verificación de Elegibilidad (Bureau of Eligibility Verification – BEV) la cual ayudará a determinar su elegibilidad para recibir Asistencia en Efectivo Como parte de esta revisión, un investigador de BEV le visitará en su hogar, si usted tiene una residencia. Ellos le mostrarán identificación. Si usted no esta en su hogar cuando los investigadores lo visiten, los investigadores le dejarán un aviso en su puerta notificándole que se intentó una visita a su hogar. **Si usted no se encontraba en casa, tiene que llamar a la oficina de BEV** al número de teléfono en la **página 4** que está incluido en el aviso para que se puedan hacer arreglos para que se lleve a cabo otra visita.

El cumplimiento con la revisión de BEV es un requisito de elegibilidad. El no cooperar con los intentos para obtener información necesaria o no responder a los avisos dejados en su hogar por investigadores de BEV puede resultar en el rechazo de su solicitud. Usted tiene que proveer todos los documentos que pueda obtener y la información que se necesita para establecer su elegibilidad; pero no se le puede negar Asistencia en Efectivo debido a su incapacidad de obtener los documentos solicitados si su elegibilidad puede ser establecida de otra manera. Los investigadores de BEV pueden comunicarse con otras personas y organizaciones para obtener información con respecto a su elegibilidad incluyendo residencia, ingresos, y recursos.

Cita de BEV Fecha: _____ Hora: _____ AM PM

I. Verificación de Identidad

1. _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

 Fecha de Nacimiento _____ Número del Seguro Social _____
 Lugar de Nacimiento: Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

2. ¿Está usted actualmente, o ha estado alguna vez: Legalmente casado(a) Legalmente separado Divorciado(a) (con fallo)

Fecha: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

3. Favor de anotar el nombre, dirección actual, fecha de nacimiento, y número de Seguro Social de su cónyuge, o padre/madre de sus hijos, de tenerlos.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Calle (Núm. de Apto.) _____ Ciudad y Estado _____ Código Postal _____

4. ¿Residen con usted otras personas más? No Sí Si contesto Sí, proporcione la información más abajo.

Nombre	Edad	Relación con el Solicitante	Número de Caso

II. Domicilio (Si usted está desamparado, marque esta casilla y deje las preguntas de 5 a 9 en blanco.)

5. ¿Cuál es su dirección?

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

6. ¿En qué tipo de vivienda vive usted?

Apartamento Cuarto Casa Privada Otra (explique): _____

7. ¿Cuánto paga usted de alquiler/hipoteca? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

8. ¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono de la persona a quien usted le paga alquiler/hipoteca?

Nombre del Casero Dueño Principal Inquilino Principal Banco: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

9. ¿Si usted está solicitando dinero para evitar un deshaucio, cuánto dinero debe? \$ _____

¿A quién le debe el dinero? _____

III. Empleo

10. ¿Ha estado usted trabajando en los últimos 24 meses? No Sí

11. ¿En qué fecha trabajó usted por última vez? _____

12. ¿Cuál es el nombre y dirección de su actual o último empleador?

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

IV. Administración Económica Anterior

13. ¿Cómo se ha mantenido usted?

V. Ingreso Salarial

14. ¿Cuenta usted con ingreso salarial? No Sí Si contestó Sí, indique la fuente y cantidad más abajo.

Fuente	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
	\$	
	\$	
	\$	

Ingreso

Indique si usted o quienquiera que viva con tiene:	Marque <input checked="" type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó Sí, anote la cantidad/ el valor	Nombre de la persona que recibe el ingreso
Concesión de Asistencia en Efectivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Ingreso Suplemental de Seguridad (Supplemental Security Income – SSI)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Incapacidad de Seguro Social	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Otros Beneficios de Seguro Social	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Retiro Ferroviario	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Retiro (pensiones)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Pensiones/beneficios/ayuda y asistencia de Veteranos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Asignaciones de Dependencia de GI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Incapacidad del Estado de Nueva York	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Seguro Privado de Incapacidad – seguro de salud/ingreso de póliza de accidente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Compensación Laboral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Préstamos o concesiones educacionales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios sindicales (incluidos beneficios de huelga)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Ingreso de Alquiler (recibido)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Contribuciones/Regalos (recibidos)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Préstamos (recibidos)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Pensión Alimenticia/Apoyo Económico (recibido)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Beneficios de Seguro Sin Culpa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Dividendos/Intereses de acciones, bonos, ahorros, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Otro Ingreso (especifique más abajo)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	

Include in CA Application Kits

Recursos

Indique si usted o quienquiera que viva con usted recibe dinero de:	Marque <input checked="" type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó Sí, anote la cantidad/ el valor	Nombre de la persona que recibe el ingreso
Dinero en Efectivo a la mano	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Cuentas Regulares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Cuentas de Ahorros o C.D.s (certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Cuentas "En Fideicomiso" o P.A.S.S.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Bonos de Ahorros	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Fondo Fiduciario/Entierro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Lote de Entierro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
IRA, KEOGH, 401k, o Compensación Deferida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Anuidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Indique si usted o quienquiera que viva con usted:			
Dueño de vivienda	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Ha sido nombrado beneficiario de fideicomiso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
¿A la espera de fondo fiduciario, acuerdo de pleito, herencia, o ingreso de cualquier otra fuente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Ha sido elegible para reembolso de impuesto sobre el ingreso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Tiene Caja Fuerte	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Posee bienes raíces, incluida las propiedades rentables y no rentables (p.ej., casas de vacaciones)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
Posee automóviles u otros vehículos (especifique): Año: _____ Modelo: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
¿Alguien el los últimos 36 meses ha (incluido(a) su cónyuge, aun sin está presentando solicitud o si no vive con usted) vendido/transferido/donado dinero en efectivo, bienes raíces, o propiedad personal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____ Grupo: _____

Centro: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Date: _____

Case Number: _____

Language Questionnaire

IMPORTANT: Please read this notice and indicate your speaking and reading language preferences. If you do not speak English well, the Human Resources Administration (HRA) can provide free interpreter services for you at an HRA office. This form must be completed and returned with the application/recertification papers.

Print Name: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

What is your preferred spoken language? Please select **ONE** only.

- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albanian | <input type="checkbox"/> French | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Laotian | <input type="checkbox"/> Thai |
| <input type="checkbox"/> Arabic | <input type="checkbox"/> German | <input type="checkbox"/> Italian | <input type="checkbox"/> Polish | <input type="checkbox"/> Urdu |
| <input type="checkbox"/> Chinese-Cantonese | <input type="checkbox"/> Greek | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Portuguese | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Chinese-Mandarin | <input type="checkbox"/> Haitian-Creole | <input type="checkbox"/> Khmer | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Chinese-other | <input type="checkbox"/> Hebrew | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Spanish | <input type="checkbox"/> English |
| <input type="checkbox"/> Farsi | | | | |

Do you require free interpreter services? Yes No

Written notices can be sent in the languages listed below. Please select **ONE** only. If your preferred language is not listed, please check (☑) English.

- | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arabic | <input type="checkbox"/> Haitian-Creole | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> English |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Spanish | |

Applicant's/Participant's Signature

Date

Include in CA Application/Recertification Kits and
NCA FS Application/Recertification Kit

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Cuestionario Respecto al Idioma

IMPORTANTE: Por favor lea este aviso e indique el idioma que usted prefiere hablar y leer. Si no habla bien el inglés, la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) le puede brindar gratuitamente servicios de intérprete en una de sus oficinas. Este formulario debe llenarse y devolverse con los documentos para la solicitud/recertificación.

Nombre en
Letra de Molde: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Qué idioma prefiere hablar? Por favor elija sólo **UNO**.

- | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> albanés | <input type="checkbox"/> francés | <input type="checkbox"/> hindi | <input type="checkbox"/> laosiano | <input type="checkbox"/> tailandés |
| <input type="checkbox"/> arábigo | <input type="checkbox"/> alemán | <input type="checkbox"/> italiano | <input type="checkbox"/> polaco | <input type="checkbox"/> urdu |
| <input type="checkbox"/> chino cantonés | <input type="checkbox"/> griego | <input type="checkbox"/> japonés | <input type="checkbox"/> portugués | <input type="checkbox"/> vietnamés |
| <input type="checkbox"/> chino mandarín | <input type="checkbox"/> creole haitiano | <input type="checkbox"/> khmer | <input type="checkbox"/> ruso | <input type="checkbox"/> yidish |
| <input type="checkbox"/> chino-otro | <input type="checkbox"/> hebreo | <input type="checkbox"/> coreano | <input type="checkbox"/> español | <input type="checkbox"/> inglés |
| <input type="checkbox"/> persa | | | | |

¿Necesita servicios de intérprete gratuitos? Sí No

Se pueden enviar avisos por escrito en los idiomas listados a continuación. Por favor elija sólo **UNO**. Si el idioma que prefiere usted no figura entre los listados más abajo, por favor marque (☑) inglés.

- | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> arábigo | <input type="checkbox"/> creole haitiano | <input type="checkbox"/> ruso | <input type="checkbox"/> inglés |
| <input type="checkbox"/> chino | <input type="checkbox"/> coreano | <input type="checkbox"/> español | |

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Notice to Applicants/Participants

(Complete for all cases in which no one in one suffix is legally responsible for anyone in another suffix.)

Payee First Name	M.I.	Last Name	Case Number
Essential Person First Name	M.I.	Last Name	Case Number
Essential Person First Name	M.I.	Last Name	Case Number

We, the above individuals, affirm that we and our dependents (if any) reside in the same dwelling unit. We agree that the following is true about the financial arrangements of our household:

- 1. We pool (substantially) all of our income and resources together to meet household and individual expenses: Yes No
- 2. We purchase and prepare food together: Yes No
- 3. We share in the cost of other major household expenses, such as utilities, fuel, insurance, car maintenance, etc: Yes No

We understand that if we checked "Yes" for **ALL** three statements above, we will be determined to be living as a single economic unit. Our Cash Assistance needs will be calculated as if we were one family, and the grant (calculated in this manner) will be divided proportionately among us.

We understand that if we checked "No" to **ANY** of the three statements above, we will be determined not to be a single economic unit. Our Cash Assistance needs (exclusive of shelter, heat and water, which will be divided proportionately) will be calculated as if we were separate families, and the grant (calculated in this manner) will be the basic grant for each family (except for allowances for shelter, heat and water, which will be added to this amount as appropriate for each family).

We further understand that we have the responsibility to inform the Human Resources Administration (HRA) of any future changes in our household financial arrangements so that the grant amount can be recomputed if necessary.

Signed:

Payee	Date	
Essential Person	Date	
Essential Person	Date	
Worker	Date	Telephone Number

If you have any questions about the budgeting of your Cash Assistance case, please contact your Worker.
Filing: A copy is to be permanently filed in the case folder for each suffix.

Aviso a los Solicitantes/Participantes

(A ser llenado por todos los casos donde, la persona que aparece en un sufijo no es legalmente responsable por la que aparece en otro sufijo.)

Nombre del Beneficiario	I.	Apellido	Número del Caso
Nombre de Persona Esencial	I.	Apellido	Número del Caso
Nombre de Persona Esencial	I.	Apellido	Número del Caso

Nosotros, las personas antemencionadas, afirmamos que nosotros y nuestros dependientes (de haberlos) residimos en la misma unidad de vivienda. Estamos de acuerdo de que la siguiente información acerca de nuestros arreglos financieros domésticos es correcta:

- Combinamos (sustancialmente) todos nuestros ingresos y recursos para cubrir los gastos del hogar e individuales: Sí No
- Compramos y preparamos juntos las comidas: Sí No
- Compartimos los costos de otros gastos importantes del hogar, como electricidad y gas, combustible, seguro, mantenimiento de automóvil. Sí No

Entendemos que si marcamos "Sí" para **TODAS** de las tres declaraciones antemencionadas, se nos considerará una sola unidad económica. Nuestras necesidades de Asistencia en Efectivo serán calculadas como si fuéramos una sola familia, y la concesión (calculada de este modo) se dividirá proporcionalmente entre nosotros.

Entendemos que si marcamos "No" a **CUALQUIERA** de las tres declaraciones antemencionadas, no se nos considerará una sola unidad económica. Nuestras necesidades de Asistencia en Efectivo (con la excepción del albergue, calefacción y el agua, que serán distribuidos proporcionalmente) se calcularán como si fuéramos familias separadas, y la concesión (calculada de este modo) será la concesión básica para cada familia (con la excepción de asignaciones para el albergue, la calefacción y el agua, que serán añadida a esta cantidad como le corresponda a cada familia).

Nosotros también entendemos que tenemos la responsabilidad de informarle a la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration – HRA) de cualquier cambio futuro en nuestros arreglos financieros domésticos para que la concesión se calcule nuevamente si es necesario.

Firmado

Beneficiario	Fecha	
Persona Esencial	Fecha	
Persona Esencial	Fecha	
Trabajador	Fecha	Número de Teléfono

Si tiene alguna pregunta respecto al presupuesto de su caso de Asistencia en Efectivo, favor de comunicarse con su Trabajador.
Archivo: Una copia debe ser archivada permanentemente en el registro de caso de cada sufijo.

Essential Persons

The purpose of this handout is to tell you about a part of the Family Assistance (FA) program, Safety Net Federally Participating (SNFP) Program known as **Essential Persons**.

Essential Persons are individuals:

- who live in the home of an FA/SNFP family,
- who are eligible for Cash Assistance on the basis of income and resources, and
- whose presence in the home is essential to the well-being of the FA/SNFP participant.

If you have an Essential Person in your household, the Essential Person's needs will be taken into consideration in determining the needs of a dependent child. The Essential Person will receive an FA/SNFP grant reflecting those needs. Some households can have more than one Essential Person.

The basis for permitting this person to receive an FA/SNFP grant is that he/she is an Essential Person. You will make the decision as to whether or not the person is essential to you and your family's well-being. Essential can mean many things. Some examples are an older child who may help out with family chores (such as caring for younger brothers and sisters), a person who makes you feel more secure by being in your household, or any other person who you believe is important to your family's well-being. Remember, you make the decision about who is essential to your family.

If there is an Essential Person in your household, your Worker will add that person to your FA/SNFP grant. If at any time you do not agree that the person is essential, please contact your Worker. The Essential Person will then be removed from your grant.

Personas Esenciales

El propósito de este folleto es para informarle sobre una parte del programa de Asistencia Familiar (Family Assistance [FA]), Programa de Participantes Federal de la Red de Seguridad (Safety Net Federally Participating (SNFP) Program) conocido como **Personas Esenciales**.

Las Personas Esenciales son aquellas:

- que viven en el hogar de una familia de FA/SNFP,
- que son elegibles para Asistencia en Efectivo según su ingreso y otros recursos, y
- cuya presencia en el hogar es esencial para el bienestar del participante de FA/SNFP.

Si usted tiene a una Persona Esencial en su hogar, las necesidades de la Persona Esencial se tomarán en cuenta al determinar las necesidades del niño(a) dependiente. La Persona Esencial recibirá una concesión de FA/SNFP que corresponde a esas necesidades. Algunos hogares pueden tener más de una Persona Esencial.

La base para permitir que esta persona reciba una concesión de FA/SNFP es que él o ella es una Persona Esencial. Usted tomará la decisión si la persona es o no es esencial para el bienestar de su familia. Esencial puede significar muchas cosas. Por ejemplo un(a) niño(a) mayor que ayude con los labores del hogar (cuidar a hermanos o hermanas menores), una persona que le haga sentir más seguro(a) por su presencia en el hogar, o cualquier otra persona que usted piense que sea importante para el bienestar de su familia. Recuerde, usted hace la decisión de quién es esencial para su familia.

Si hay una Persona Esencial en su hogar, su Trabajador añadirá a esa persona a su concesión de FA/SNFP. Si en cualquier momento usted no está de acuerdo con que dicha persona sea esencial, favor de comunicarse con su Trabajador. Luego la Persona Esencial será retirada de su concesión.

What You Should Know About Your Rights If You Have a Disability

If you have a physical or mental health impairment that substantially limits one or more major life activities, have a record of impairment or are regarded as having an impairment, you may have rights under Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990. These are laws that protect qualified individuals with disabilities. Physical or mental health impairments include, for example, learning disabilities, mental retardation, depression, mobility impairments, and hearing or vision impairments. A qualified individual is a person with a disability who meets the eligibility requirements for receipt of services or participation in programs or activities. If you are a qualified person with a disability:

- Having a disability will not disqualify you from receiving Temporary Assistance;
- You are not required to tell the social services official about your disability and you cannot be required to participate in an evaluation of your disability if you can successfully participate in work activities. However, if it becomes apparent that your disability is a barrier to successful participation, you can be required to cooperate with an evaluation of your disability;
- Any health information you provide to the social services worker will be kept confidential and will be used to determine if you need services and reasonable accommodations to help you participate in work activities;
- You are entitled to individualized treatment and effective and meaningful opportunities to participate in employment programs; and
- You may be required to apply for Supplemental Security Income (SSI).

The social services district will ask you if there is anything, including a physical or mental health impairment, that might affect your ability to participate in work activities. If you think you may have a disability and need reasonable accommodations or services to help you participate in work activities, you may let your worker know. Reasonable accommodations may include, for example, reduced or changed work hours, accessible work sites, auxiliary aids, and specialized programs, including rehabilitation.

If you have a disability and you believe that the social services district did not adequately accommodate your disability when it assigned you to a work activity, you may request a conciliation conference with the social services district. You also have the right to request a Fair Hearing before an administrative law judge if you are not satisfied with the conciliation decision.

Información que Debe Saber Respecto a Los Derechos de Personas Incapacitadas

Si usted padece de un impedimento de salud física o mental que incapacita una o más de sus actividades del diario vivir, si tiene un historial de algún impedimento o si se le considera una persona con impedimentos, puede que tenga derechos bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación del 1973 y el Título II de la Ley del 1990 respecto a Norteamericanos Incapacitados. Estas leyes resguardan los derechos de personas incapacitadas que sean elegibles. Dichos impedimentos de salud física o mental pueden abarcar, por ejemplo, incapacidad de aprendizaje, retardo mental, depresión, impedimentos de movilización, e impedimentos visuales o auditivos. Una persona se considera elegible si la misma tiene una incapacidad que la cualifica según los requisitos de elegibilidad para recibir servicios o participar en programas o actividades. Si usted es elegible como persona incapacitada:

- Usted tendrá derecho a recibir Asistencia Temporal (Temporary Assistance) a pesar de su incapacidad;
- No tiene que informarle al representante de servicios sociales sobre su incapacidad como tampoco se le puede requerir que participe en una evaluación respecto a dicha incapacidad, si puede ejercer actividades de trabajo adecuadamente. Sin embargo, si se hace obvio que su incapacidad le impide participar plenamente, puede que se le requiera cooperar con una evaluación respecto a la incapacidad;
- Cualquier información que usted proporcione al trabajador de servicios sociales se mantendrá confidencial y la misma se utilizará para determinar si necesita servicios y adaptaciones adecuadas para facilitar su participación en actividades de trabajo;
- Usted tiene derecho a recibir tratamiento personalizado y a que se le otorguen oportunidades aceptables que le permitan participar en programas de empleo; y
- Es posible que se requiera que usted solicite Ingresos de Seguridad Suplemental (Supplemental Security Income – SSI).

El distrito de servicios sociales le preguntará si usted padece de algún impedimento de salud física o mental que pueda afectar su capacidad de participación en actividades de trabajo. Si considera que tiene una incapacidad y necesita que las debidas adaptaciones se implementen o necesita servicios que faciliten su participación en actividades de trabajo, puede dejarle saber a su trabajador. Las debidas adaptaciones pueden abarcar, por ejemplo, cambio o reducción del horario de trabajo, locales de empleo con acceso disponible, asistentes y programas especializados que incluyan rehabilitación.

Si usted padece de una incapacidad y considera que el distrito de servicios sociales no le asignó una actividad de trabajo adecuada conforme a su incapacidad, puede solicitar una conferencia de conciliación con el distrito de servicios sociales. Además, tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial ante un juez de ley administrativa si no está de acuerdo con la decisión que se tomó en la conciliación.



Certification/Recertification Checklist

THE FEDERAL LAW HAS CHANGED. IT IS IMPORTANT TO KNOW ABOUT THE CHANGES AND IT IS NECESSARY FOR YOU TO PROVIDE INFORMATION SO THAT WE CAN DETERMINE IF ANY OF THE CHANGES AFFECT YOUR CASE.

An unmarried teen parent who is not in educational activities directed towards receiving a high school diploma or GED is not eligible for federal benefits. This is true unless the child of the teen parent is less than twelve weeks of age.

If you or an individual in your case answers YES to any of the following questions, that individual cannot receive federal benefits (Family Assistance). You must answer each question and sign and date this page.

1. Have you or any member of your household been convicted of making a fraudulent statement or representation of residence in order to receive public assistance in two or more states?

YES NO

2. Are you or any member of your household fleeing prosecution, confinement or conviction for a felony?

YES NO

3. Are you or any member of your household violating probation or parole?

YES NO

4. Has any child in your household been absent or away from home for more than 45 consecutive days?

YES NO

If you answered YES to this question, your worker will have to determine if good cause exists for the absence of the child.

It is important for you to tell your worker right away if a child in your case is temporarily absent from your home. If you do not, you and the child may become ineligible for federal benefits.

Applicant/Participant Signature

Date

Lista de Verificación de
Certificación/Recertificación

LA REGLA FEDERAL HA CAMBIADO. ES IMPORTANTE QUE USTED SE INFORME DE ESTO Y ES NECESARIO QUE USTED NOS PROPORCIONE LA INFORMACIÓN QUE LE PEDIMOS PARA DETERMINAR SI ESTOS CAMBIOS AFECTAN SU CASO.

Un adolescente no casado(a) que es padre o madre de un niño(a) y no asiste a una escuela/programa para obtener un diploma de la escuela secundaria o Equivalencia (GED) no es elegible para recibir beneficios federales, a menos que el niño(a) del padre/madre adolescente sea menor de 12 semanas de edad.

Si usted o un individuo que es parte de su case responde Si a cualquiera pregunta a continuación, ese individuo no puede recibir beneficios federales (Family Assistance). Usted tiene que responder a todas las preguntas, fechar y firmar abajo.

1. ¿ Ha estado usted o cualquier miembro de su hogar convictado de hacer declaraciones falsas o representar falsamente su residencia para recibir asistencia pública en 2 o más estados?
 SI NO
2. ¿ Está usted o cualquier miembro de su hogar huyendo para evitar proceso judicial, confinamiento o convicción por un delito?
 SI NO
3. ¿ Está usted o cualquier miembro de su hogar violando el derecho de probatoria o condición libre bajo palabra?
 SI NO
4. ¿ Ha estado ausente de su hogar por más de 45 días consecutivos cualquier niño que reside con usted?
 SI NO

Si usted respondió sí a esta pregunta, su trabajador(a) tendrá que determinar si existe una causa buena para esta ausencia.

Es importante que usted informe inmediatamente a su trabajador(a) si un niño(a) es temporamente ausente de su casa. Si no hace esto, usted y el niño(a) pueden ser inelegibles para recibir beneficios federales.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

The lump sum section of Book 1 (What You Should Know About Your Rights and Responsibilities) at the top of page 18 is no longer accurate. A new law has been put in place. The notice below tells you about this new law on lump sums.

Requirement To Report A Lump Sum Payment

A lump sum payment is a one-time payment, such as an insurance settlement, an accumulated retroactive monthly benefit, an inheritance or a gambling winning that when combined with your other countable monthly income is more than your monthly Temporary Assistance needs (this is the TA grant before income is counted). When a one-time payment is small, that is, when it, combined with your other countable monthly income, is less than your monthly Temporary Assistance needs (this is the TA grant before income is counted), it is not considered a lump sum; it is just treated as income. If you or any member of your household gets or expects to get a lump sum payment or a one-time income payment, you must tell your worker **right away**. If you get a lump sum payment, and you are getting Temporary Assistance, your grant may be affected as follows.

- 1) If you get a lump sum payment, you may be allowed to keep that portion of the lump sum, which together with your countable resources does not go over the resource limit. This is called the resource set aside. The resource limit is \$2,000 for a person or family or \$3,000 if the person is, or the family contains a member, age 60 or older.
- 2) If the remaining amount (what is over the resource level) is **less than** your monthly Temporary Assistance needs (this is the TA grant before income is counted), this remainder of the lump sum payment will be counted as income for the month in which you get it. Be sure to look at the Exceptions below.
- 3) If the remaining amount is **more than** your monthly Temporary Assistance needs, you must do one of the following:
 - **TURN OVER** the lump sum payment to the local department of social services to pay back the money and help you got in the past.
 - If the lump sum payment is less than the amount of the assistance that was paid to you in the past, your case may stay open.
 - If the lump sum payment is more than the amount of the assistance that was paid to you in the past, the rules in the "**Keep**" section below apply.
 - **KEEP** the lump sum payment or the balance of the lump sum payment. Your Temporary Assistance case will then be closed for a certain amount of time. The length of time for which your case will be closed depends on how much the lump sum payment is, and how much your Temporary Assistance needs are.

EXAMPLE: If you get \$4,750 in a lump sum and had income of \$250 for a total of \$5000, and you have \$500 in countable resources, you can keep \$1,500 (\$2000 resource limit - \$500 in resources). This is the resource limit set aside. If you do not turn the remainder (\$3, 500) over to the agency, it

will be used to figure out how long you cannot get Temporary Assistance. If your monthly Temporary Assistance needs are \$500, your household cannot get Temporary Assistance for 7 months (\$3,500 divided by \$500 needs =7 months).

Be sure to look at the "**Exceptions**" below.

NOTE: If you are receiving child care benefits, some lump sum payments will impact your child care eligibility or the amount of your child care benefits. You must tell your worker about any lump sum payments immediately.

If you are receiving Medical Assistance, a lump sum payment may affect your eligibility. You must tell your worker about any lump sum payments you receive immediately.

EXCEPTIONS

You and anyone who is in your case during the month in which you got the lump sum will not be able to get Temporary Assistance for a certain amount of time, even if the lump sum payment was spent, **unless** one of the following shortens that amount of time:

- Within ninety days of receipt of the lump sum you document to us that you have used any or all of the lump sum for the following exempt resources:

-to purchase an automobile that is exempt from the Temporary Assistance resource limit and needed to seek or retain employment or for travel to and from work activities (maximum amount \$9,300 or higher if set by district);

-to open a separate bank account or bank accounts that is exempt from the Temporary Assistance resource limit such as a First or Replacement Automobile Account for the purpose of purchasing an automobile to seek or retain employment (maximum amount \$4,650), or a College Tuition Account for the purpose of paying tuition at a two year post -secondary educational institution (maximum amount \$1,400);

-to purchase a burial plot that is exempt from the Temporary Assistance resource limit, or

-to purchase a bona-fide funeral agreement (maximum amount \$1, 500) that is exempt from the Temporary Assistance resource limit.

If you use up the remainder of the lump sum within 90 days of receipt and document to us that the remainder has gone into one or more of these exempt resources we will reopen your case back to the date it was closed if you reapply and are found otherwise eligible. If you have questions about using the lump sum on these exempt resources talk to your worker before you do anything with the money.

Note: If the district determines you have not used any of these set-asides for the purposes for which they were intended (i.e. you later close out or remove funds and do not use these bank accounts for the purpose for which these funds are set aside or, you otherwise liquidate burial plots or funeral agreements etc.), the social services district may calculate an overpayment of assistance granted.

- Something happens which would make your Temporary Assistance go up if you were still getting Temporary Assistance.

For example, your rent goes up or you have a special need such as pregnancy.

- Some or all of the lump sum payment was used for a reason that you could not help. Some examples are: your family is faced with an emergency, you have unusually high household expenses such as fuel or shelter or the money is stolen.
- During the time you are ineligible for Temporary Assistance, a family member gets and pays for medical care that would be covered under the Medical Assistance Program.

If your local department of social services finds out that you have countable property or that you may be getting a lump sum payment, they may place a lien against that property or the lump sum payment. This means that before you get any money from the property or lump sum payment, your local department of social services may take the amount of Temporary Assistance you, your spouse and child (ren), including stepchildren, have gotten. Liens may also be placed on personal injury settlements and any real property that you own. Real property includes the home you own and live in, as well as other real estate you may own.

If you are receiving Food Stamp Benefits and you receive a non-recurring lump sum, it will be counted as a resource starting in the month it was received and will not be counted as income.

OBSOLETE